

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 61

DE LA

Coexistence de l'Appendicite

ET DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1908

PAR

JEAN-JACQUES-CHARLES PELLET

Élève de l'École du Service de Santé militaire

N° à Mascara (Algérie) le 13 Mai 1885



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C^{ie}

14, Rue Bellecordière, 14

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 61

DE LA

Coexistence de l'Appendicite

ET DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1908

PAR

JEAN-JACQUES-CHARLES PELLET

Élève de l'École du Service de Santé militaire

Né à Mascara (Algérie) le 13 Mai 1885



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C^{ie}

14, Rue Bellecordière, 14

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT	ASSESEUR.
LORTET.	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales.....		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON A.)
Matière médicale et Botanique.....		X.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		BEAUVISAGE
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....		COLLET.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND	—
Hygiène administrative.....	LESIEUR,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.).	GAYET.	MARTIN (Et.).	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON	LATARJET Ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	BERIEL Ch...
TIXIER.	PATEL.		

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. Auguste POLLOSSON, Président; M. TIXIER, Assesseur;
MM. LAROYENNE et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Auguste POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ

Nous le prions d'accepter nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui.

A NOTRE MAÎTRE

M. le Professeur Agrégé TIXIER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE LYON

CHEF DES TRAVAUX DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ

Il a été notre premier maître de pathologie externe et c'est à lui que revient l'idée première et la meilleure partie de ce travail. Nous le remercions de l'accueil aimable qu'il nous a toujours réservé. Nous n'oublierons jamais son enseignement si précis et si clair.

A NOS MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales. — Pathogénie

Depuis quelques années, diverses observations ont été rapportées de femmes enceintes succombant de péritonite consécutive à une appendicite. « Cette complication, dit Pinard, peut survenir à toute époque de la puerpéralité, aussi bien pendant la grossesse, que pendant le travail et les suites de couches ».

Les premières observations ont été publiées en Amérique (Voir Paul F. Mundé, *Medical Record*, 1^{er} décembre 1894) ; en France, diverses observations recueillies par Vinay, P. Le Gendre et Tuffier, Budin, Maygrier, etc., ont été réunies dans les thèses de G. Bouillier (Th. Lyon 1897) et de N. Iarca (Th. Paris 1898). En mars 1898, A. Pinard fit à l'Académie de Médecine, une communication sur ce sujet à propos d'une femme qui entra dans son service, avec une péritonite septique due à deux perforations

de l'appendice. Le sang de l'enfant donna des cultures pures de coli-bacille (Wallich).

Le diagnostic de l'appendicite chez la femme enceinte ou récemment accouchée présente des difficultés assez grandes. La marche est parfois insidieuse, avec des aggravations soudaines et extrêmement dangereuses, sous l'influence, par exemple, d'un traumatisme, d'une infection concomitante (grippe ou autre) ou de la venue du travail. Après l'accouchement, on a dit que la crise était due à l'infection puerpérale; l'explication est plausible lorsque la poussée appendiculaire apparaît dans les premiers jours; mais souvent l'appendicite éclate assez loin de l'accouchement, vers le vingt, vingt-cinquième jour, etc., et sans qu'il y ait eu, au préalable, de symptômes puerpéraux. Aussi, dans ces cas, pareille pathogénie nous semble peu acceptable.

L'appendicite retentit sur la grossesse en produisant l'avortement ou l'accouchement prématuré suivant son époque d'apparition; elle tue encore le fœtus par intoxication ou même par infection vraie, bacillaire avec ou sans rétention du produit de conception dans la cavité utérine.

Le pronostic en est souvent grave; différents observateurs (Segond et Baudron, etc.) ont vu des femmes succomber très rapidement après le début d'accidents qui, tout d'abord, semblaient légers.

Aussi, faut-il intervenir le plus rapidement possible, quand apparaissent des signes inquiétants qui rendent ce diagnostic probable. « L'appendicite pendant la grossesse, doit être traitée chirurgicale-

ment plus rapidement que dans n'importe quel autre cas » (Pinard).

Mais la grossesse utérine n'a pas l'apanage des complications appendiculaires. Celles-ci peuvent également se manifester au cours d'une grossesse ectopique. M. Tixier, appelé à opérer trois malades chez lesquelles il avait diagnostiqué une grossesse extra-utérine, trouva, lors de l'intervention, l'appendice turgescent, enflammé, accolé au kyste foetal. C'est cette inflammation appendiculaire qui était au début de l'infection, qui n'avait atteint que secondai-
rement la trompe gravide.

Mais, nous devons faire remarquer, dès le début de ce travail que, du fait que l'on trouve l'appendice soit adhérent à la trompe gravide, soit agglutiné à des caillots ou à l'épiploon infiltré, il ne faut pas conclure à la coexistence fatale d'une appendicite. Il faut que la lésion se manifeste cliniquement par des symptômes particuliers, faute de quoi l'on tomberait dans des exagérations manifestes. A l'examen microscopique des pièces, il ne faudra pas se laisser induire en erreur par l'infiltration leucocytaire que l'on trouvera dans la zone péri-annexielle. C'est la réaction péritonéale habituelle autour de toute grossesse ectopique arrêtée dans son développement. On ne pourra affirmer l'appendicite au nom de l'anatomie pathologique, que si l'on trouve un abcès péri-appendiculaire, ou, lorsqu'on a affaire à une forme chronique, si l'on trouve des lésions de folliculite.

Par quels processus l'appendicite peut-elle se produire au cours d'une grossesse extra-utérine, et

quelle influence ces deux affections peuvent-elles avoir l'une sur l'autre ? La grossesse ectopique, si elle n'est pas extrêmement rare, est, du moins, très souvent méconnue ; de même les complications appendiculaires ne sont pas très fréquentes et, de plus, nous pouvons dire qu'elles ne sont presque jamais diagnostiquées ; elles sont, la plupart du temps, des trouvailles de laparotomie. C'est ce qui explique que la littérature médicale soit si pauvre en observations de ce genre.

Mais, en revanche de nombreux auteurs ont depuis longtemps étudié les rapports qui peuvent exister entre les lésions du côté de l'appendice et les annexes. Or, dans le cas spécial qui nous occupe, l'infection ne suivra pas une marche différente que dans les cas de complications appendiculaires signalées au cours des maladies annexielles. Ces deux catégories de manifestations morbides si voisines, semble-t-il, l'une de l'autre, différencieront pourtant d'une façon évidente ; en effet, l'infection qui passe dans l'appendice venant de l'annexe enflammée, qu'elle soit gonococcique ou puerpérale, relève toujours d'une cause hétérogène, primitivement étrangère à l'annexe et à l'appendice. Dans les cas, au contraire, d'appendicite venant compliquer une grossesse tubaire ou un hémato-salpinx, l'inflammation n'existe primitivement pas ; elle est créée de toutes pièces et d'une façon pour ainsi dire mécanique, comme nous le montrons, par la dilatation progressive de la trompe venant troubler les rapports anatomiques et physiologiques des deux organes.

Avant de pousser plus loin l'étude de la pathogénie, il est indispensable que nous mettions au point ces questions des rapports anatomiques qui existent entre les annexes droites et l'appendice iléo-cœcal. Il est peu de régions dans l'organisme humain, qui aient donné lieu à des descriptions plus dissemblables et même aussi contradictoires à première vue. La cause en est que l'appendice est un organe essentiellement variable et dans sa longueur et dans sa direction et que sa mobilité seule peut donner lieu à des aspects infiniment variés à la région qui nous occupe. Dans sa thèse de Bordeaux de 1905, Bernex relate les résultats qu'il a tirés de l'examen de 130 cadavres de femmes adultes, dont les organes génitaux internes et l'appendice étaient sains. Il est arrivé aux conclusions intéressantes que nous rapportons ci-dessous, et qui viennent réfuter l'objection qui se présente d'elle-même, à savoir qu'une lésion annexielle ou un hémato-salpinx n'entraîne de lésions appendiculaires que si l'appendice vient au contact des annexes et qu'il occupe, par conséquent, une position basse ou position pelvienne. Sur les 130 sujets qu'il a examinés, Bernex a trouvé :

— 82 fois l'appendice en situation iliaque moyenne (femmes jeunes, ne dépassant pas 35 ans au maximum, sauf un sujet qui avait 72 ans).

— 30 fois l'appendice en situation sous-cœcale (chez des femmes d'âge très variable).

— 18 fois l'appendice en situation pelvienne (chez des femmes toutes très âgées).

Pas une fois il ne l'a trouvé en situation haute. On

voit donc que la situation pelvienne de l'appendice n'existe que 18 fois sur 130 et, fait très intéressant, il n'a été trouvé dans cette position basse que chez des femmes dont l'âge est incompatible avec l'existence d'une grossesse. La règle nous paraît donc être l'absence de relations quelconques de voisinage, a fortiori de contact entre l'appendice et les annexes droites, le premier étant dans la région moyenne de la fosse iliaque droite, les dernières ne sortant pas du petit bassin. Nous verrons plus loin comment, dans les états pathologiques, ces rapports sont modifiés. Existe-t-il alors des liens anatomiques, tels que ligaments, vaisseaux, qui établissent des rapports médiats entre l'appendice et les annexes droites? Nous emprunterons encore à Bernex, les conclusions qu'il a tirées de ses expériences personnelles.

1^o Le ligament appendiculo-ovarien décrit par Clado, en 1892, repris sous le nom de ligament appendiculo-salpingien par Durand, de Lyon, en 1895, n'a pas été retrouvé par Barnsby, du moins sous la forme d'un véritable ligament existant à l'état normal (Th. de Paris, 1897-1898) et contenant des voies lymphatiques organisées.

2^o 11 fois seulement sur 130, Bernex a retrouvé le ligament sous-cœcal de Tuffier, décrit par Poirier, dans son *Traité d'anatomie* (T. IV, page 325), sous la forme d'un repli mésentéro-pariétal dont une extrémité part de l'intestin grêle, au niveau de son union avec le cœcum, et dont l'autre se perd souvent, en suivant les vaisseaux utéro-ovariens, sur le ligament large.

3^o Par contre, 31 fois sur 130, il a trouvé la constitution suivante, montrant que l'appendice en situation iliaque moyenne ou sous-cœcale est en rapport avec le ligament large par l'intermédiaire de son méso : chez la femme, la base du méso-appendice est plus développée que chez l'homme ; elle s'insère en partie sur le cœcum, en partie sur la paroi, se prolongeant vers les vaisseaux utéro-ovariens, qu'elle croise, et se confond là avec l'extrémité du ligament large droit, qui vient alors s'épanouir sur la paroi pelvienne après avoir logé les annexes. La distance moyenne entre l'appendice et le ligament large droit est de 1 centimètre à 3 centimètres au plus. Ce méso-appendice est formé de deux feuillets péritonéaux, entre lesquels existe une notable quantité de tissu cellulo-adipeux, se continuant toujours avec celui du ligament large. Dans l'épaisseur de ce tissu cellulo-graisseux assez lâche, véritable voie ouverte à l'infection, existent de nombreux vaisseaux sanguins, des nerfs et des formations lymphatiques cellulaires et vasculaires.

En résumé, l'appendice et les annexes droites ne sont pas normalement en contact immédiat et si, d'autre part, l'existence d'un ligament appendiculo-ovarien ou salpingien n'est rien moins que démontrée, du moins, ces deux organes sont-ils unis entre eux par les voies sanguines et lymphatiques, passant du ligament large dans le méso-appendice et ils pourront, de par ces connexions, avoir une pathologie commune.

Nous serions mal venus, après cet exposé anatomo-

mique, d'admettre une simple coïncidence, curieuse mais inexpliquée, dans la coexistence des deux lésions, appendicite et grossesse extra-utérine, qui resteraient indépendantes l'une de l'autre. Cette pure hypothèse n'arrêtera pas notre attention, quand nous trouverons à la fois une inflammation appendiculaire et une grossesse ectopique du côté droit. Tout au plus pourrait-on l'admettre dans l'observation que nous citons, d'une appendicite co existant avec un hémato-salpinx à gauche. Mais il semble bien que, dans ce cas, l'appendice occupait, par exception, une position pelvienne, puisqu'il s'est trouvé englobé dans les caillots sanguins, consécutifs à l'inondation péritonéale.

Comment, en effet, admettre plus longtemps une simple coïncidence entre les deux lésions, quand l'anatomie pathologique vient à notre aide, pour nous prouver qu'il existe, entre elles, plus que des rapports de coexistence, mais encore des rapports de dépendance de l'une à l'autre? Le microscope nous montre, dans tous les espaces compris entre les annexes droites et l'appendice, c'est-à-dire dans le tissu cellulo-adipeux contenu entre les deux feuillets du méso-appendice et continué par celui du ligament large, des signes manifestes d'inflammation.

Toutes les fois que cet examen a été pratiqué, il a montré la participation de cette région intermédiaire et il a permis de suivre pas à pas le chemin parcouru par l'infection: témoin, l'examen microscopique relevé dans une observation de Coyne et Boursier.

« Des coupes pratiquées sur la lame fibro-cellu-

laire adipeuse englobant un cordon contourné et qui constituait la paroi externe de la poche de l'hématocèle, permettent de reconnaître que nous sommes en présence de l'appendice. Il était noueux et induré.

« Les coupes transversales sur sa partie moyenne font reconnaître les lésions suivantes :

« La muqueuse est épaissie, les glandes en tubes sont encore facilement reconnaissables, la couche superficielle de la muqueuse est infiltrée par de nombreux éléments embryonnaires; dans la couche profonde, les follicules clos sont tuméfiés, infiltrés de nombreux éléments leucocytiques, et forment, par place, de véritables abcès collectés. Toute la couche sous-péritonéale qui limitait la paroi de l'hématocèle est infiltrée d'éléments embryonnaires.

« Il résulte de cet examen que le processus inflammatoire parti des annexes et qui avait donné lieu à des adhérences fibro-vasculaires avec l'enveloppe péritonéale de l'appendice iléo-cœcal, s'était propagé aux couches fibro-celluleuses qui entourent cet organe ».

Tout ceci montre que, dans la majorité des cas, les deux lésions appendiculaire et annexielle sont sous la dépendance l'une de l'autre. Mais quelle est celle qui commence ? Est-ce l'appendicite qui vient compliquer une grossesse ectopique, ou bien celle-ci peut-elle être mise jusqu'à un certain point sur le compte de la première ? Nous ne pouvons être exclusifs dans le choix d'une pathogénie, et la classification de nos observations montre que nous devons admettre deux sortes de modalités : d'un

côté, l'appendicite est consécutive à l'hématosalpinx ; de l'autre, l'étiologie d'une grossesse extra-utérine peut être trouvée dans une adhérence ou une coudure de la trompe produite par une poussée d'appendicite et de péri-appendicite antérieure.

1. — Dans un premier cas, c'est la grossesse ectopique qui est la première en date. Nombreuses sont les théories qu'on a proposées pour expliquer dans la trompe la fixation anormale de l'ovule fécondé. Nous ne retiendrons pour les discuter que les suivantes :

a) Compression de la trompe par une tumeur du petit bassin : kyste de l'ovaire, fibrome, etc. Ce sont des cas assez rares que nous relevons dans une des observations que nous avons relatées.

(b) Une série d'auteurs, en tête desquels se place Lawson-Tait, admettent que l'anomalie de la trompe amenant la grossesse ectopique est toujours acquise par l'infection. « Il est très rare de voir chez aucun mammifère l'ovule fécondé s'arrêter et se développer dans la trompe ; la fréquence de cet accident doit être attribuée à une salpingite desquamative antérieure et, de fait, dans les commémoratifs, on trouve une histoire de troubles menstruels et même de graves accidents pelviens ».

Pour Vignard, au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, tenu à Nantes en 1907, c'est l'infection puerpérale atténuée qui est le grand facteur étiologique ; l'infection blennorragique, au contraire, semble jouer un rôle effacé.

A M. Vignard nous répondrons, avec Pinard, que l'on voit beaucoup plus de grossesses extra-utérines

de nos jours et qu'il y a beaucoup moins d'infections puerpérales. D'ailleurs, si l'infection était en cause, on devrait trouver une muqueuse utérine malade dans les cas de grossesse ectopique ; or, les examens qu'on a faits, montrent que cette muqueuse est saine.

D'après M. Auguste Pollosson, on rencontre souvent des grossesses tubaires chez des femmes qui n'ont aucun passé pathologique de leurs organes génitaux. On observe des grossesses tubaires chez des femmes qui n'ont eu aucune grossesse antérieure et n'ont, par conséquent, pas dû être exposées à des inflammations puerpérales et dans le passé desquelles on ne retrouve pas trace d'inflammation blennorrhagique. Il faut bien remarquer, en outre, que les altérations pathologiques des trompes amènent, le plus souvent, non pas des grossesses anormales, mais la stérilité, soit qu'il s'agisse d'affections chroniques, laissant après elles des oblitérations incomplètes avec rétention temporaire des sécrétions tubaires, soit encore qu'il s'agisse d'affections aiguës, telles que les altérations catarrhales de la blennorrhagie.

(c) Aujourd'hui, on tend à admettre que la grossesse ectopique n'est autre chose qu'un stigmate de dégénérescence et qu'elle est en conséquence héréditaire ; mais l'on ne peut nier complètement l'influence qu'une infection antérieure peut avoir sur la grossesse extra-utérine, en produisant une déformation de la trompe, surtout si cette infection n'a pas attaqué la muqueuse tubaire, mais si elle a été périannexielle et qu'elle ait laissé des adhérences

capables de changer la forme anatomique des annexes droites.

Ceci étant admis et une grossesse extra-utérine à droite s'étant déclarée chez une femme, quand et pourquoi fera-t-elle une crise appendiculaire? Nombreuses sont les observations de grossesse ectopique où l'appendice était sain, du moins cliniquement, et l'on ne peut pas dire que toute gravidité anormale siégeant dans les annexes droites, entraînera infailliblement des lésions du côté de l'appendice; il faut que se trouvent réalisées les prédispositions générales à l'appendicite dont nous résumons plus loin brièvement l'étiologie. Dans des laparotomies pratiquées pour des grossesses tubaires sans rupture du kyste fœtal et s'étant accompagnées de certains signes fonctionnels et objectifs qu'on pouvait mettre aussi bien sur le compte de la gestation, on trouve un appendice iléo-cœcal un peu gros, très vascularisé, montrant à un léger degré de la réaction inflammatoire de la tunique séreuse. Cette participation de l'appendice aux phénomènes morbides qui se passent du côté des organes génitaux est due en partie à la congestion physiologique produite par la grossesse, congestion plus accentuée au moment des époques menstruelles. Or, nous avons montré tout à l'heure les connexions vasculaires qui existent entre les deux organes par l'intermédiaire du ligament large et du méso-appendice, et il est admissible que la congestion de la trompe gravide droite s'accompagne d'un certain degré de congestion du côté de l'appendice. Mais ces conditions suffisent-elles pour créer l'ap-

pendicite? Nous ne le croyons pas, et c'est ici qu'interviennent les causes communes auxquelles on attribue d'ordinaire les crises appendiculaires : soit l'hérédité avec la lithiase intestinale, soit des conditions pathologiques intercurrentes : une constipation opiniâtre ou toute autre cause d'irritation intestinale, soit une cause générale telle que la grippe, qui hâte la marche de l'infection.

Mais ce sont, ici, lésions légères qui peuvent, à la rigueur, passer inaperçues. Plus graves sont celles que l'on constate dans les cas où l'on a trouvé l'appendice, soit adhérent à la trompe, soit englobé dans les caillots sanguins provenant d'une rupture tubaire. Cette adhérence est-elle un fait primitif, et faut-il que l'appendice occupe une position basse et pelvienne, au contact même des trompes, pour être lésé? Nous ne le croyons pas et le résultat des recherches que Bernex a pratiquées sur des cadavres de femmes, nous a montré que, pendant la période génitale de la vie des femmes, l'appendice est normalement en situation iliaque moyenne. Cette adhérence n'est donc pas produite du fait de la descente de l'appendice, mais elle peut reconnaître pour cause, jusqu'à un certain point, l'ascension des annexes droites, augmentées de volume par la gravidité anormale de la trompe et par la congestion intense qui en résulte. Les annexes qui siègent normalement dans le petit bassin, deviennent donc, en partie, organes abdominaux, de même que, par le fait d'une grossesse normale, l'utérus cesse d'être un organe exclusivement pelvien pour remonter dans l'abdomen.

Pourtant, nous ne croyons pas que cette adhérence soit primitive dans tous les cas ; le plus souvent, elle est consécutive à l'inflammation de l'appendice qui est sous la dépendance d'autres causes.

Dans l'évolution ordinaire des grossesses tubaires, ce qui prime, surtout dans les premiers mois, toute la symptomatologie, ce sont les hémorragies et, depuis l'inondation péritonéale à grand fracas jusqu'au suintement léger aboutissant à l'hémato-salpinx, tous les degrés d'épanchements sanguins peuvent se présenter. Quel que soit son mode de production et sa quantité, que va devenir cet épanchement ? On connaît le rôle de protection que possède le péritoine vis-à-vis des organes abdominaux contre l'infection. Nélaton, dans le tome V de son *Traité chirurgical* nous dit : « Quand l'épanchement ne détermine pas une péritonite rapidement mortelle, la partie liquide du sang est résorbée, le caillot seul reste et provoque une inflammation adhésive, des fausses membranes, ou bien les feuillets du péritoine se réunissent et forment comme une poche, un véritable kyste, qui circonscrit le foyer. Dans un certain nombre de cas, ce kyste sanguin est résorbé peu à peu, quelquefois au bout d'un temps très long. Dans d'autres, il s'enflamme et se comporte comme un véritable abcès ».

L'issue du sang dans la séreuse produit donc une péritonite plastique ; or, le ligament large se continue, comme nous l'avons montré, avec le méso-appendice, par le tissu graisseux contenu entre ses deux feuillets et par ses vaisseaux et lymphatiques. Il aura donc beaucoup de chances pour participer à

cette poussée de péritonite et, une fois la péri-appendicite déclarée, l'organe va réagir suivant la loi de pathologie générale qui dit : Quand, une séreuse est malade, les muscles et la muqueuse sous-jacents participent à l'inflammation. Or, l'appendice est l'organe par excellence qui a le plus de tendances à s'infecter ; la moindre coudure dans son calibre réalise la cavité close de Dieulafoy. Sa flore microbienne toujours très riche, mais latente normalement, augmente de virulence et la crise appendiculaire se trouve ainsi constituée.

On peut reconnaître à l'appendicite survenant comme complication d'une grossesse ectopique une cause moins directe, et les deux affections peuvent avoir entre elles des rapports d'ordre plus général. Pour Dieulafoy, la lithiase, qui est un des principaux agents de l'appendicite, peut être mise sur le compte de la grossesse (qu'elle soit utérine ou ectopique, les réactions générales de l'organisme sont identiques), au même titre que d'autres lithiases, notamment la lithiase biliaire. Deux appendicites puerpérales, observées par lui, étaient d'origine calculeuse.

II. — Mais si, dans la majorité des cas, l'appendicite est consécutive à la grossesse ectopique, il en est où l'appendicite semble avoir favorisé l'implantation anormale de l'ovule fécondé sur la muqueuse des annexes. C'est là, pourrait-on dire, une rareté pathogénique, mais notre observation (Voir Obs.X) semble bien venir à l'appui de nos affirmations. En effet, la malade avait eu, longtemps avant d'être enceinte, une première poussée appendiculaire qui avait été

traitée médicalement et qui, d'ailleurs, avait cédé à ce traitement médical. Il n'est pas invraisemblable de penser que cette première atteinte avait fait de la péri-appendicite. Celle-ci peut s'être propagée du méso-appendice au ligament large ; il en est résulté de la péri-annexite qui a apporté quelque perurbation dans la forme, la direction ou le calibre des annexes. Dans l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie de la grossesse extra-utérine, nous pouvons encore accepter, comme cause de cette gestation anormale, une coudure de la trompe, surtout quand elle n'est pas consécutive à une lésion interne de cet organe.

Notre observation est complète au point de vue de l'action réciproque des deux lésions l'une sur l'autre, car si la grossesse tubaire peut avoir été provoquée par une première appendicite, elle peut, à son tour, être invoquée comme la cause de la deuxième atteinte, par le mécanisme que nous avons examiné tout à l'heure.

L'appendicite a-t-elle une influence sur l'avortement tubaire ? La trompe n'est pas constituée pour recevoir le fruit de la fécondation ; la structure de ses parois ne lui permet pas, en général, de se distendre suffisamment pour que le fœtus arrive à terme. Aussi, la rupture tubaire est-elle la règle dans les grossesses ectopiques. Mais la date de cet accident, varie essentiellement dans chaque cas, et si on doit le craindre et le prévenir dans les cinq premiers mois de la grossesse, du moins n'est-il plus à redouter d'une façon aussi immédiate, passé ce délai. Or, dans

les observations que nous relatons, les auteurs ont rencontré, dans deux cas seulement, des fœtus âgés de quatre et de six mois et, dans tous les autres, ils ont trouvé à l'ouverture de l'abdomen des hémato-salpinx avec simplement des débris de caduque et un caillot un peu plus volumineux que les autres. L'action de l'appendicite sur l'avortement tubaire, est donc manifeste. Comment agit-elle? MM. Dubri-say et Jeannin, dans leur « Précis d'accouchement » disent que, dans une grossesse normale, compliquée d'appendicite, il y a expulsion prématurée des produits de conception 51 fois sur 100. La mortalité maternelle est, en moyenne de 32 % et la mortalité fœtale de 39 %. L'appendicite fait avorter et tue par intoxication générale de l'organisme. Nous ne pensons pas qu'il soit besoin d'invoquer d'autres causes, pour provoquer l'avortement tubaire prématuré dans les grossesses ectopiques compliquées d'appendicite.

En outre, l'appendicite est un foyer infectieux, situé au voisinage d'une collection sanguine qui constitue un bouillon de culture favorable à la pullulation des germes. C'est la cause la plus banale de la suppuration des hématoécèles siégeant dans le petit bassin, tellement, qu'en face de toute hématoécèle infectée, on doit envisager la possibilité d'une appendicite, même en dehors de toute autre manifestation clinique.

En résumé, grossesse ectopique et appendicite ont entre elles plus que de simples rapports de coexistence.

A. La grossesse extra-utérine peut produire l'appendicite :

a) Par simple congestion de l'appendice, au moyen des connexions vasculaires qui existent entre les deux organes.

b) Par péri-appendicite consécutive à la péritonite plastique produite par l'irruption du sang dans le péritoine.

c) Par le coup de fouet que donne la grossesse à la lithiase intestinale.

B. L'appendicite, à son tour, a une certaine influence sur la grossesse extra-utérine :

a) Elle peut la favoriser par la péri-annexite consécutive à la péri-appendicite, qui produit une malformation de la trompe.

b) Elle hâte l'avortement tubaire et le provoque par intoxication générale de l'organisme et par infection locale.

c) L'appendicite provoque la suppuration du kyste foetal ou de l'hématocèle.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

(D^r BARNSEY, de Tours)

Appendicite et hémato-salpinx à droite

Mathilde X. . . , âgée de 27 ans. Mariée à 21 ans. Règles toujours régulières jusqu'en juillet 1900. A cette date, retard de 20 jours.

Le 24 juillet, la malade est prise de violentes douleurs abdominales localisées d'abord à droite, puis généralisées, douleurs accompagnées de vomissements et d'un léger météorisme abdominal. Pendant huit à dix jours la malade perd constamment un peu de sang noir, légèrement fétide. La malade reste alitée trois semaines et tout semble rentrer dans l'ordre; néanmoins elle conserve une vraie douleur localisée à droite, un peu au-dessous du point de Mac Burney. Les digestions restent difficiles, la constipation est opiniâtre.

Le 20 septembre, la malade a une nouvelle perte, accom-

pagnée d'une exacerbation de la douleur abdominale localisée à droite, d'un vomissement, d'une crise de constipation. La malade a trois nouvelles crises en dix jours, et se décide à venir consulter.

A l'examen, je constate la présence d'un utérus volumineux en antéflexion, avec col légèrement ramolli; il n'existe aucune lésion à gauche, mais en revanche, je constate la présence d'une tumeur annexielle droite du volume d'une orange, haut située dans le cul-de-sac droit. La tumeur est résistante, élastique, sans fluctuation nette. Elle est peu sensible au toucher vaginal.

Le palper abdominal réveille une vive douleur un peu au-dessous du point de Mac Burney, point qui correspond au pôle supérieur de la tumeur. Je pose le diagnostic d'hémato-salpinx droit, en faisant une réserve en faveur d'adhérences appendiculaires.

Opération. — Laparotomie le 4 octobre, faite en plan incliné.

On arrive rapidement sur un hémato-salpinx droit, on libère le pédicule utérin pour pouvoir amener la tumeur en haut et en dehors.

On constate alors que l'appendice, en situation pelvienne, est englobé dans son tiers inférieur avec la masse. Le tiers supérieur semble indemne. On pose une ligature à la base et on résèque l'appendice.

La tumeur est décortiquée ensuite et enlevée sans effraction.

Fermeture de la paroi par une suture en un plan. Un gros drain est laissé à l'angle inférieur de la plaie. Guérison rapide sans incidents.

Examen des pièces. — Appendice atteint de folliculite localisée au tiers inférieur; lésions de sclérose assez avancée.

OBSERVATION II

(M. TINIER)

(Due à l'obligeance de M. le docteur JAMIN, Ex-Chef de Clinique d'accouchement.)

*Grossesse extra-utérine droite. Ancienne appendicite.
Ablation de la trompe droite gravide
Appendicectomie. Guérison.*

Mme R... Marie, 22 ans.

Père âgé de 64 ans. Mère morte jeune, 2 frères en bonne santé, une sœur morte en nourrice.

Antécédents bacillaires du côté du père. Santé délicate. Première grossesse en 1893. Menace d'avortement à 5 mois. Pendant trois semaines la malade a de la fièvre avec une température montant jusqu'à 40 degrés. Elle présente des accès de fièvre intermittente contractée pendant les travaux d'assainissement de terrains incultes.

Elle accouche, le 30 mars 1894, d'une fille bien portante. L'accouchement se passe normalement, sans accidents, mais la mère est longue à se remettre.

En 1896 elle contracte la coqueluche en même temps que sa fille.

Cette même année, une nouvelle grossesse se termine heureusement le 17 septembre. Elle nourrit son enfant.

En 1898, elle présente une première crise à droite ; l'examen, pratiqué par le docteur Jamin ne révèle pas l'existence d'une appendicite nette, mais les douleurs siègent au niveau du cœcum. On ne trouve pas traces de salpingite.

Le 29 novembre 1901, la malade va de nouveau consulter le docteur Jamin. Elle attendait ses règles vers le 25 octobre ; elles ne sont venues que le 1^{er} novembre et ont été très douloureuses. Le 12, nouvelles pertes avec douleurs vives du côté droit, vomissements, ballonnement du ventre, L'uté-

rus est gros, globuleux, le col ouvert. M. Jamin fait à ce moment le diagnostic d'avortement. Mme R... est longtemps malade ; elle présente à la suite de cette crise de l'empâtement de l'abdomen à droite. Son médecin pense plus tard à la possibilité d'une hématocele qui se serait résorbée spontanément.

Pendant les mois de mars, avril et mai 1902, la malade présente une longue crise.

Depuis cette époque, le docteur Jamin revoit plusieurs fois la malade pour des crises douloureuses du côté droit, sans symptômes nets d'appendicite.

Un examen pratiqué le 3 janvier 1903 montre que l'utérus est en place, un peu dévié pourtant vers la droite. On ne retrouve que la trace de la lésion à droite. Il y a un peu de tuméfaction de l'annexe gauche qui est augmentée de volume et sensible à la pression. Les douleurs paraissent surtout provenir du gros intestin qui est très sensible à droite et qui reste douloureux sur tout son trajet. M. Jamin prescrit alors le régime et l'hygiène des entérites muco-membraneuses.

En 1904, nouvelle grossesse terminée le 15 juin par l'accouchement d'une troisième fille pesant 2 k. 960. Les suites sont normales.

En juin 1904, varices enflammées de la jambe droite.

En septembre, crise de douleurs à droite siégeant d'une façon très nette au niveau du cœcum.

Etat général douteux.

En 1905 une saison à Châtel-Guyon amène une légère amélioration, mais avec persistance des glaires et des douleurs. On ne sent pas d'empâtement du côté droit.

Le 13 mai 1907, la malade présente un retard de règles de trois semaines ; crise douloureuse avec ballonnement durant de cinq à six heures, tendance à la syncope, pas de vomissements. A l'examen, l'utérus est gros, non globuleux, très vasculaire ; le col est entr'ouvert ; pas d'empâtement, ni

d'un côté, ni de l'autre. A droite, réaction vasculaire intense. Température de 37°8 à 38°5. Pouls : 110.

Le 16 mai, nouvelle crise douloureuse, perte de sang noir, succédant à des pertes rouges, avec expulsion de petits caillots et d'une membrane caduque.

Le 25 mai, les douleurs augmentent et la température monte à 39°5. Très nettement, on perçoit une tuméfaction à droite ; le diagnostic s'affirme de grossesse extra-utérine.

Le 29 et le 30, les douleurs deviennent intensives. La malade est transportée à l'Institut.

31. — Opération par le docteur Tixier, assisté du docteur Jamin.

Incision de Pfannenstiël. On trouve à droite du sang épanché dans le pelvis, avec quelques caillots. La trompe droite gravide est immédiatement enlevée. Tout contre elle et fixé par des adhérences lâches, récentes, se rencontre l'appendice gros et turgescant.

Appendicectomie avec enfouissement ordinaire du moignon appendiculaire. Fermeture totale du ventre. Suites opératoires excellentes.

Apparition, au dix ou douzième jour, d'une phlébite gauche, signature de l'infection d'origine appendiculaire.

OBSERVATION III

(M. TIXIER)

Grossesse extra-utérine de deux mois et demi. Inondation péritonéale. Appendicite. Salpingectomie unilatérale par voie abdominale. Appendicectomie. Guérison.

Mme S..., habitant Rumilly (Haute-Savoie), âgée de 31 ans. Femme très vigoureuse, ayant deux enfants en excellente santé.

Mariée à un capitaine, elle mène une vie très active et n'a jamais eu de maladie grave.

Souffrante depuis quelques jours de malaises vagues, de douleurs diffuses dans le ventre, elle est prise subitement, le 4 janvier 1908, d'un malaise aussi subit qu'immédiatement grave. Ce jour-là, la malade, qui n'avait pas eu ses règles depuis près de trois mois, s'aperçoit de quelques pertes rouges et se met au lit ; elle souffre de coliques et veut se lever pour aller à la garde-robe.

A peine debout, vertiges, éblouissements, chute sur le parquet. Les docteurs Clément et Manotte, appelés, trouvent la malade en état de syncope. Injection d'éther, de caféine, de sérum artificiel. Peu à peu, la malade revient à elle ; son pouls, d'abord incomptable, peut être perçu, mais il est à 180 ; la température est à 39°.

La nuit est atroce : à chaque instant, les docteurs qui veillent la malade, craignent une syncope mortelle. Injection d'éther, de caféiné, de sérum en grande quantité ; glace sur le ventre.

Le 5 *janvier* au matin, la situation est un peu meilleure : le pouls est à 140 ; l'état général se relève.

Les docteurs, qui ont fait le diagnostic ferme de grossesse extra-utérine rompue, télégraphient au docteur Tixier de venir d'urgence, la malade n'étant pas jugée transportable.

6 *janvier*. — Consultation à 11 heures entre les docteurs Tixier, Clément et Manotte.

La malade, très pâle, a cependant toute sa connaissance. Elle se plaint de coliques et de sensation de tension dans le ventre.

Celui-ci est très météorisé, mais laisse percevoir une grosse tuméfaction diffuse occupant toute la moitié droite de l'abdomen, remontant jusqu'à l'ombilic et plongeant dans le Douglas. Tumeur rénitente à contours flous. Rien à gauche. L'utérus est perdu dans la masse droite. Pertes continues.

Le diagnostic d'inondation péritonéale s'impose. On décide une intervention immédiate.

Rapidement, une salle d'opération de fortune est installée,

et un excellent lit à renversement apporté de l'Hôpital de Rumilly.

Intervention. — Grande laparotomie médiane du pubis à l'ombilic. Les anses intestinales parésiées, sont recouvertes d'un enduit poisseux rougeâtre. Caillots très abondants disséminés entre les anses. Des compresses refoulent l'intestin sous le diaphragme.

A ce moment, un jet de sang rouge vient du fond du pelvis. Rapidement, la main saisit l'utérus et, en se guidant sur la corne droite, la trompe. Celle-ci, gravide, est largement rompue : c'est elle qui s'est mise à saigner sous l'influence des manœuvres d'exploration et du changement de tension intra-abdominale déterminé par la laparotomie.

La trompe est rapidement enlevée, l'hémorragie s'arrête.

On fait la toilette rapide du pelvis et de la fosse iliaque. Alors, dans l'épiploon épaissi, infiltré de sang, on découvre dans la fosse iliaque droite, une masse de caillots tassés, putrides, sentant très mauvais.

Surpris de cette odeur anormale (opération 3 jours après la rupture), on en cherche la cause et on découvre, au milieu du sang cailleboté, l'appendice volumineux, adhérent et à l'épiploon et aux caillots putrides.

Appendicectomie rapide, ablation grossière du sang épanché.

Inspection des annexes gauches reconnues saines.

Fermeture totale du ventre sans aucun drainage.

Suites opératoires. — La malade fut choquée, mais, grâce au sérum largement administré, aux injections d'éther, une réaction bienfaisante fut rapidement obtenue.

Dès le troisième jour, la malade pouvait être considérée comme sauvée.

Au cinquième jour, une phlébite gauche typique s'installait. Cette phlébite fut la signature de l'infection générale déjà instituée au moment de l'opération et rappelle les phlébites consécutives aux appendicites, si bien étudiées par MM. Villard et Vignard.

Il n'y eut aucune complication abdominale.
La malade vit sa phlébite évoluer d'une façon normale.
Elle est complètement rétablie.

OBSERVATION IV

(Traduite de l'allemand par notre camarade le docteur Longuet
à qui nous adressons nos remerciements).

*Un cas d'appendicite causée par un grain de poivre au cours
d'une grossesse extra-utérine (Sutter).*

Le 20 juin 1905, on porte à la clinique une malade qui était dans un état d'anémie grave presque comateux, avec l'aspect d'une hémorragie grave, comme à la suite d'une grossesse extra-utérine. Ce premier diagnostic devint plus vraisemblable, lorsque la malade raconta qu'elle avait, depuis plusieurs semaines, des hémorragies génitales, d'abord peu abondantes, mais qui augmentaient peu à peu d'intensité. Elle n'aurait pas eu ses règles pendant plus de 4 semaines et son médecin l'envoyait pour hémorragie de la grossesse, On ne pouvait penser qu'à une grossesse utérine ou extra-utérine interrompue et il n'y avait pas d'autres présomptions pour un avortement utérin. Pour tous, le diagnostic était une rupture tubaire ou un avortement tubaire.

L'indication d'opérer d'urgence était contre-indiquée par l'anémie progressive, même si nous n'avions pas trouvé dans quelques symptômes, d'abord peu clairs, une contre-indication absolue.

La malade avait de l'herpès autour de la bouche et au menton. Température le matin : 37°3. La malade frissonnait dans son lit. Une infection et, comme nous l'admettions, une infection d'origine intestinale d'une hématocele éventuelle, pouvait être acceptée à cause de l'élévation du nombre des leucocytes à 16.000. Il ne fallait pas en ce

moment, songer à remuer la malade pour affirmer le diagnostic ; ce qu'il fallait faire en premier lieu, c'était atteindre, par un traitement conservatif, le pus qui y était à coup sûr, ce que nous pouvions essayer, quand le poulx serait relevé par une injection de sérum artificiel, et que l'hémorragie serait moins forte. Au préalable on mit de la glace et après avoir relevé l'état de la malade, voici l'histoire que l'on apprit,

Mme V..., 20 ans, a eu une bronchite du sommet et des vomissements ; premières règles à 17 ans, jamais régulières, règles abondantes. Durée 3 à 8 jours, douloureuses. Les dernières sont apparues 8 semaines auparavant, d'abondance moyenne ; elles restent souvent 6 semaines sans venir. Elle ne peut pas se souvenir s'il y a eu un caillot plus gros. Deux couches normales, la dernière il y a 2 ans. Depuis deux jours, incapable d'uriner seule ; auparavant urines très peu abondantes, mictions douloureuses. Depuis 4 jours elle n'est pas allée à la selle. Douleurs pas très violentes dans l'abdomen, prédominance à droite. Il y a quelques semaines elle a eu des douleurs très fortes.

21 juin 1905. — Malade de taille moyenne, maigre, pâle. Température le soir : 38°6. Poulx : 96, très tendu. Ventre uniformément ballonné, dur, très sensible à la pression, surtout à droite, tellement qu'un examen combiné, tout au moins du côté des annexes droites, n'est pas possible. Vulve fermée. Vagin long, col fermé, haut à gauche. Dans le Douglas pas de résistance. Trompe et ovaire à gauche libres. On a à droite une tumeur sensible, dure, pas fluctuante, pas mobile, dont le pôle supérieur peut être atteint à bout de doigt. Le ligament large y est adhérent. Utérus déplacé à gauche. Il s'écoule moins de sang par le vagin. Herpès fébrile assez étendu sur le visage ; respiration pas accélérée. Rate et foie pas gros. Pas d'œdème. Urine obtenue par le cathétérisme ; n'a ni sucre ni albumine, pas de sang. Leucocytes : 16.000,

Notre diagnostic était donc : Tumeur enflammée des an-

nexes droites et de la région iléo-cœcale, probablement hématoçèle infectée à la suite de la rupture d'une grossesse tubaire.

L'origine de l'infection ne pouvait plus être douteuse après cette localisation : il ne pouvait s'agir que d'une appendicite. Une opération n'était pas indiquée ; l'infection durait, sans doute, depuis plusieurs jours au moins ; l'état général de la malade était tel qu'une intervention immédiate n'était pas nécessaire. Glace, opium et belladone en suppositoire, diète absolue. Les jours suivants sont meilleurs. L'hémorragie cesse bientôt complètement, l'herpès disparaît complètement, le pouls est encore un peu rapide et petit. Grands écarts de température : 36°4 le matin. 39°1 le soir. Le 7^e jour la malade est apyrétique, un nouvel examen montre une tumeur à droite, toujours sensible, mais plus petite et plus dure ; elle paraît adhérente à la paroi. Utérus facilement mobile ; base du ligament large encore fixée.

Trompe et ovaire à droite ne sont pas perceptibles. La malade se sent bien ; plus d'hémorragies. Elle veut manger. Derrière le dos de la sœur elle vole un poulet froid. La conséquence immédiate est que, le soir du 9^e jour, la température monte à 39°6. Le lendemain : température 38°, pouls 92, petit, fuyant. Etat général mauvais ; douleurs dans tout l'abdomen ballonné, dur, sensible à la pression ; suspension des matières et des gaz.

Quand je vis, à midi, la température monter à 38°, le pouls mauvais, petit, bref, tous les symptômes d'une péritonite par perforation, je me décidai, en l'absence de mon chef, à intervenir, pour prévenir cette récurrence par mon opération.

Opération le 29 juin.— Incision à droite. Section des muscles, du fascia et du péritoine. Tous les tissus sont remplis de sérosité ; le cœcum est distendu ; appendice en bas uni à la tumeur dure et sensible, à laquelle est rattaché ce qui reste de l'hématoçèle infectée. Quelques anses intestinales sont

aussi adhérentes à la tumeur. La pointe de l'appendice est gonflée, presque en boule, couverte de membranes de fibrine. Un peu de pus à la partie qui est adhérente. Au milieu, on voit un point de rupture sur une ancienne cicatrice. L'appendice est enlevé; tamponnement à l'aide de compresses. On draine avec de la gaze iodoformée. Le lendemain, la malade présente de la température. Deux fois elle atteint 38. A partir du 5^e jour, elle est apyrétique. Sa plaie guérit par seconde intention, après qu'on a ôté les drains, et le 22 juillet, c'est-à-dire 3 semaines après l'opération, la malade sort.

A l'extrémité de l'appendice on voit un grain blanc, un peu macéré, en forme de boule, qui fait penser à un grain de poivre. On fait faire l'examen microscopique par le privat-docent.

L'appendice montre la trace évidente d'une infiltration inflammatoire avec destruction totale de la muqueuse et de la muscularis, avec un épaissement de la séreuse par suite de la présence de la fibrine concrétée. Six mois après, un examen de la malade montre un ovaire droit encore élevé, une tuméfaction de la grosseur d'une noix siégeant dans la trompe droite, au niveau de son abouchement dans l'utérus. Pas de hernie au niveau de l'incision. La femme se porte bien. Règles régulières toutes les quatre semaines, durant deux à trois jours.

Nous empruntons les deux observations suivantes au Dr Témoin, de Bourges, et nous les faisons suivre des critiques personnelles qu'elles lui ont suggérées.

OBSERVATION V

(M. Témoin, de Bourges; in Congrès Français de Chirurgie, 1903.)

Appendicite. — Grossesse extra-utérine, avec fœtus de 2 mois et demi dans la trompe droite. — Hémato salpinx à gauche.

Femme de 22 ans, mariée depuis 3 ans, sans enfants, toujours bien réglée. Elle n'a jamais été malade, sauf il y a un an, époque où elle a eu une crise violente de coliques à droite, crise ayant duré plusieurs jours avec vomissements.

Ses deux dernières époques ont été normales, peu abondantes et douloureuses.

Le 28 janvier 1903, elle fut prise de douleurs atroces dans le ventre, avec ballonnement et vomissements.

On constate surtout des phénomènes d'obstruction intestinale. Il y a deux jours qu'elle n'a rendu de gaz; le ventre est très tendu, douloureux partout; les vomissements sont constants. Le pouls est rapide : 110 à 120.

1^{er} février. — Les douleurs sont généralisées; le toucher ne revêt rien de particulier, et le toucher bi-manuel est impossible. Sous l'influence d'un lavement purgatif, une selle abondante est obtenue; la malade se trouve soulagée. On attend pendant deux jours; l'état reste stationnaire, le pouls est meilleur, mais, le 4 février, les symptômes douloureux s'amendent, la douleur semble se localiser à droite où on croit percevoir de la matité s'étendant dans la région de l'appendice.

Après incision du péritoine, on rencontre une masse compacte recouverte d'une couche épaisse d'épiploon qu'il est impossible de disséquer. Sous cette masse, on sent nettement une volumineuse poche fluctuante allant vers l'utérus. On pense à une salpingite purulente et, pour ne pas infecter le péritoine, on décide de l'évacuer séance tenante par le

vagin. On ferme la plaie, on fait mettre la malade en position convenable et on incise le cul-de-sac latéral droit. A la grande surprise des assistants, il ne s'échappe que quelques caillots et on constate que la cavité remplie de caillots est énorme. La malade est faible et, craignant une hémorragie, on se contente de cette incision. La malade est replacée dans la première position et après une désinfection complète des mains et du champ opératoire, on fait une laparotomie médiane. On peut alors se rendre compte, après des difficultés assez grandes de dissection, qu'il s'agit d'un volumineux hémato-salpinx droit, adhérent à l'épiploon qu'on résèque, adhérent aussi à l'appendice qui vient se confondre avec la tumeur et présente un volume extraordinaire. Cette tumeur enlevée, on remarque que le bassin est rempli de sang, que la trompe gauche, du volume du poing, renferme aussi des caillots. On l'enlève aussi, on supprime tout l'épiploon suspect. On termine enfin par l'hystérectomie totale. La plaie abdominale est suturée sans drainage; le drainage est fait par le vagin.

Dans la trompe droite se trouvait un fœtus de deux mois et demi environ, la rupture s'était faite vers le point où l'appendice était adhérent; l'utérus avait 11 centimètres.

La malade a guéri très rapidement; elle se porte très bien depuis.

OBSERVATION VI

M. TÉMOIN. — In Congrès Français de Chirurgie 1903.

Appendicite. — Grossesse extra-utérine à droite avec fœtus de 6 mois. — Inondation péritonéale.

Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans. Sans jouir d'une excellente santé, elle fut toujours bien réglée. Elle a eu un enfant il y a dix ans. Ses dernières règles datent du 10 juillet 1903.

Il y a six mois, elle fut soignée pour une crise légère, mais bien nette d'appendicite.

Le 19 juillet, elle fut prise subitement de douleurs violentes, avec vomissements, douleurs, ballonnement du ventre, ayant leur maximum à droite. Les douleurs diminuèrent et la malade alla un peu mieux, mais l'état général ne s'améliorant pas, la malade souffrant de nouveau, elle se décida à une opération.

Le maximum de la douleur est à droite, mais, ce qui frappe, c'est la pâleur de la malade, le pouls mauvais et rapide, bien que le ventre ne soit pas très douloureux et qu'elle n'ait pas de vomissements.

Opération le 31 juillet. Incision latérale. Dès que le péritoine est ouvert, du sang noir s'écoule de la cavité abdominale ; ce sang remplit tout le petit bassin, et s'échappe autour d'une masse formée par l'appendice et l'épiploon adhérents. On referme la plaie et on fait aussitôt une laparotomie médiane. Il s'agit bien d'une inondation péritonéale, les anses intestinales baignent dans le sang. On enlève le plus possible de ce liquide épanché.

On refoule les anses intestinales et on trouve alors, derrière l'intestin, un fœtus de six mois environ, du sexe masculin, baignant dans le sang et sorti d'une poche ouverte qui est attenante à la trompe droite. La masse appendiculaire y adhère, et celle-ci est enlevée avec l'épiploon. On termine par l'hystérectomie totale.

La trompe formait par un diverticule la poche fœtale et était complètement adhérente à l'appendice, dont l'extrémité sphacélée, présentait, au milieu de la masse épiploïque, un petit abcès.

Les suites furent simples, et la malade guérit très rapidement.

Voilà donc deux malades qui ont eu une crise d'appendicite, l'une un an, l'autre six mois avant l'opération. Lorsque la deuxième crise éclate, rien ne peut faire penser à une grossesse extra-utérine ; le toucher difficile d'ailleurs, ne fait rien percevoir ; elles sont réglées et tout plaide pour une appendicite.

Faut-il voir dans la première crise appendiculaire la cause de la grossesse extra-utérine ? Il n'est pas impossible que l'appendice ait pu, par son adhérence à la trompe, causer cette localisation anormale de l'ovule fécondé.

Il est probable que la deuxième crise a provoqué l'inondation péritonéale en déterminant une congestion intense, une inflammation de l'hémato-salpinx au point d'adhérence et, par suite, la rupture de la poche.

Au point de vue du diagnostic à établir, il n'est pas sans intérêt de rapprocher les deux observations : chez l'une et l'autre malade nous avons été frappés de la pâleur de la face, de la petitesse et de la fréquence du pouls, sans qu'il y eût de la température exagérée et sans aucun signe de péritonite. Il semble qu'il y ait là un caractère spécial, qu'il est utile de connaître, car, si nous discutons encore pour l'opportunité de l'opération à chaud, aucun de nous n'hésitera à opérer dans un cas de ce genre et, tous, nous acceptons la formule du professeur Pinard : Toute grossesse extra-utérine commande l'intervention chirurgicale, à plus forte raison lorsque cette grossesse se complique d'appendicite et d'inondation péritonéale.

Si le diagnostic pouvait être posé, c'est par la voie

abdominale médiane qu'il faudrait intervenir ; elle seule permet de bien voir, de bien décortiquer l'hémato-salpinx et de terminer dans le cas d'inondation et de suppuration appendiculaire, par l'hystérectomie totale (Dr Témoin).

OBSERVATION VII

(COYNE et BOURSIER, Bordeaux).

Appendicite et hémato-salpinx ; grossesse tubaire ; rupture de la trompe et hématoçèle péri-annexielle.

La nommée L..., âgée de 25 ans, cultivatrice, entre, le 30 mai 1899 dans le service du professeur Boursier. Cette malade, qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels pathologiques, a été réglée pour la première fois à 12 ans. Ses règles ont toujours été régulières, très abondantes, elle a toujours eu des pertes blanches.

Elle a eu une grossesse à 18 ans qui a évolué normalement et s'est terminée par un accouchement normal et à terme d'un enfant vivant, bien portant. Le travail a été un peu long et difficile, mais l'accouchement s'est terminé sans forceps ; après l'accouchement, la malade est restée huit jours au lit.

C'est à cet accouchement que remonte l'histoire pathologique de cette malade. Depuis cette époque, en effet, elle a des douleurs dans les flancs, dans les reins, dans les cuisses, douleurs presque continuelles, tantôt très violentes, tantôt supportables. Ce sont des crises douloureuses qui se produisent sans cause connue, à intervalles irréguliers, durant tantôt trois jours, tantôt huit jours, ne revenant d'autres fois que tous les deux ou trois mois, sans disparaître cependant complètement.

Depuis son accouchement les règles sont également deve-

nues abondantes, d'une durée plus longue et enfin s'accompagnent de douleurs. Elle a des pertes blanches abondantes, tachant le linge en jaune; les mictions sont normales, mais, lorsque les crises douloureuses se produisent, les mictions deviennent alors très fréquentes, douloureuses; après chaque miction la malade éprouve une légère amélioration qui d'ailleurs ne dure pas; la malade est ordinairement constipée, mais la défécation n'a jamais été douloureuse.

Ces douleurs devenant pour la malade une véritable infirmité et empêchant depuis longtemps tout travail, elle se décide, le 23 avril 1898 à consulter le professeur Boursier. L'examen pratiqué ce jour-là permit de constater un abaissement utérin avec rétro-déviatio*n*. On lui fit, à trois reprises, le 23, le 28 avril et le 27 mai des pansements utérins. Depuis cette époque son médecin a continué, mais sans grande amélioration, ces pansements et, le 30 mai 1899, il adresse la malade au professeur Boursier.

L'état général est bon: rien au cœur, rien aux poumons, rien dans les urines, l'appétit est bon.

L'inspection de l'abdomen ne présente rien de particulier; la peau est couverte de vergetures, le ventre est aplati.

La palpation abdominale est facile; le ventre est souple; au niveau des annexes, principalement à droite, on éveille de la douleur. Il est impossible de sentir le fond de l'utérus, mais, à ce niveau, la palpation provoque une légère douleur.

A la percussion, sonorité dans tout l'abdomen; rien à signaler à l'auscultation. Vulve bien conformée; on remarque une déchirure du périnée à droite de la colonne postérieure. Cependant, même dans l'effort, il ne se produit ni rectocèle, ni cystocèle.

Au toucher vaginal, le doigt arrive presque aussitôt sur le col de l'utérus qui est très bas et presque à l'entrée de la vulve. Le cul-de-sac antérieur est profond; on n'y provoque aucune douleur. Mais c'est en vain qu'on y cherche le corps de l'utérus que la palpation bi-manuelle ne permet pas de faire retrouver. Dans le cul-de-sac postérieur, au contraire,

on arrive sur une masse dure, très douloureuse, formant pour ainsi dire au col une sorte de coussin et qu'on reconnaît pour le corps de l'utérus qui est volumineux et dont le fond est tourné vers le sacrum. Le corps et le col forment un angle sur lequel le doigt arrive très facilement ; cet angle de flexion correspond à l'union du corps et du col. Les mouvements communiqués au corps de l'utérus se communiquent au col ; de même, lorsqu'on cherche à abaisser le col de l'utérus, le corps, au contraire, s'élève ; si l'on cherche à faire basculer le corps de l'utérus et à le saisir par la paroi abdominale, on ne peut y arriver, le corps retombant aussitôt.

Dans le cul-de-sac droit on sent une masse salpingienne molle qu'on sépare très bien de la masse dure postérieure, constituée par le corps de l'utérus. A gauche, on sent également une masse moins volumineuse qu'à droite.

Le toucher rectal permet de sentir, sur la paroi antérieure du rectum, cette masse dure décrite, à laquelle il est encore possible de communiquer des mouvements.

L'examen au spéculum est facile ; on voit facilement le col utérin qui regarde très nettement en haut et à gauche ; les lèvres sont écartées ; il existe une légère déchirure dans la commissure gauche.

L'hystéromètre pénètre assez facilement, à la condition d'élever le manche de l'instrument ; la direction qu'on est obligé d'imprimer à l'hystéromètre confirme les renseignements fournis par le toucher. L'utérus est en rétro-flexion ; l'hystéromètre donne 6 centimètres $1/2$.

14 juin. — Anesthésie au chloroforme. Curettage. Cautérisation à la teinture d'iode. Bourrage à la gaze iodoformée. Périnéorrhaphie avec cinq points aux crins de Florence périnéaux, et deux points vaginaux au catgut. Pansement vulvaire.

Puis laparotomie médiane ; l'incision commence à deux centimètres au-dessous de l'ombilic et est conduite à deux centimètres au-dessus du pubis.

On perçoit, dans la fosse iliaque droite, une masse noirâtre qu'on reconnaît immédiatement comme étant constituée par des caillots sanguins qui sont en connexion avec la partie postérieure et interne du cœcum, à son union avec l'intestin grêle. Ces caillots sont noirâtres, s'enlèvent facilement par morceaux assez volumineux ; il en reste une partie adhérente aux annexes droites. Un examen attentif ne laisse aucun doute sur leur véritable nature de caillots hématiques. En poursuivant plus loin et en examinant avec soin la trompe et l'ovaire droits, on reconnaît sans peine que ces caillots proviennent de la trompe droite et que la masse qui est restée en place lui est adhérente ; elle forme avec elle un véritable magma. Le ligament droit est alors saisi entre deux pinces et on enlève ainsi avec facilité l'ovaire, la trompe, le caillot qui lui est adhérent et une partie du tissu cellulo-adipeux coloré en noir par le sang, adhérents à l'hémato-salpinx et formant une partie de la paroi de l'hématocèle. L'appendice, dur et enflammé, est compris dans cette masse adipeuse. Il est fait une ligature en chaîne au catgut, le tout soigneusement aseptisé ; après avoir placé un Mikulicz, on fait une suture à trois étages.

16 juin. — On retire le Mikulicz. On place un drain ; pansement humide.

20 juin. — Pouls rapide et petit.

21 juin. — Elévation de la température ; suture un peu rouge.

24 juin. — Température vespérale : 39°3. Au niveau du troisième point de suture supérieur existe une zone rouge et douloureuse ; à côté il y a de la fluctuation. On sort ce point et à l'aide d'une sonde canelée on crève la poche ; écoulement de pus jaune-verdâtre dont l'odeur n'est pas fétide ; on y met un drain de petit calibre et pansement humide.

25 juin. — Pus abondant dans le pansement ; injection de 10 centigr. de sérum de Marmorek ; lavage au cyanure de Hg.

30 juin. — On enlève les drains.

2 juillet. — Cicatrisation complète; la malade se lève le 7 juillet et sort le 17, dans un état général parfait.

Le toucher vaginal permet de constater que les culs-de-sac sont libres et non douloureux.

Examen de la pièce anatomo-pathologique. — La pièce est constituée par la réunion de la trompe et de l'ovaire du côté droit sectionnés au niveau de la corne utérine droite par un caillot ovoïde, gros comme un marron et une plaque celluloadipeuse épaisse, limitant par une de ses faces la cavité dans laquelle existaient les caillots hématiques et qui renfermait, dans son épaisseur, un cordon épaissi et induré, constitué par l'appendice iléo-cœcal.

OBSERVATION VIII

(M. TIXIER)

Grossesse extra-utérine droite. Kyste de l'ovaire suppuré. Appendicite. Castration totale. Appendicectomie. Guérison.

Mme M..., de Sault-Brénaz (Ain), âgée de 28 ans, a toujours joui d'une bonne santé.

C'est une jeune femme maigre, mais vigoureuse, qui, mariée depuis trois ans et demi, a mené à bien une grossesse normale. Son enfant a actuellement dix-huit mois. Les couches ont été normales. A aucun moment, elle n'a eu de phénomènes génitaux.

Habituellement constipée, elle a eu de temps à autre des douleurs fugaces dans la fosse iliaque droite, mais jamais de véritables crises appendiculaires.

Son affection actuelle remonte au mois de juillet 1907. A ce moment, la malade est prise de douleurs vives dans le ventre, survenant à l'apparition de ses règles. La dernière menstruation date du 27 juin et les règles reviennent le 29 juillet,

Les pertes sont très abondantes et accompagnées de caillots; la malade est obligée de garder le lit.

Jusqu'au 4 août, les pertes rouges persistent avec une intensité anormale; on soupçonne une fausse couche, mais l'examen des pertes ne relève cependant aucun débris placentaire.

Un docteur préconise des injections chaudes et pratique quelques cautérisations du col.

Au mois de septembre (vers le 15), nouvelles pertes très copieuses avec coliques et douleurs abdominales très vives. La malade a de la température, jusqu'à 40°, à plusieurs reprises. L'état général est mauvais et apparaissent des signes de rectite intense. Envies fréquentes d'aller à la selle; glaires, ténesme, etc.

Ces malaises intestinaux poussent la malade à se faire examiner par un spécialiste lyonnais qui constate, au toucher rectal, une grosse tumeur pelvienne qu'il considère comme l'utérus en rétroversion. Il essaye de la redresser, mais ne fait que déterminer des douleurs extrêmement vives. La malade rentre chez elle.

Elle a des pertes sanguines continues, peu abondantes, mais suffisantes pour anémier la malade. La température oscille toujours autour de 38°5 à 39° le soir. Repos au lit. Amaigrissement progressif.

Durant tout le mois d'octobre, l'état est stationnaire. A plusieurs reprises, coliques abdominales très vives avec vomissements; on croit à des indigestions.

Le 7 novembre 1907, le docteur Tixier est appelé auprès de la malade.

Depuis quelques jours, l'état s'est encore aggravé, le ventre est ballonné, très douloureux. La température dépasse 39°.

A l'examen on constate, par la palpation, une tuméfaction profonde occupant la partie droite de la cavité pelvienne. Rien dans la fosse iliaque. Rien à gauche.

Par le toucher on perçoit très aisément un utérus attiré à droite et adhérent à une tumeur pseudo-rénitente du volume de deux poings. Cette tumeur refoule le cul-de-sac latéral auquel elle adhère : la pression en est extrêmement douloureuse. Aucune mobilité ni de la tumeur, ni de l'utérus.

A gauche les annexes paraissent absolument saines.

Par le toucher rectal, on perçoit nettement la tuméfaction droite qui adhère à la paroi antérieure du rectum et explique manifestement les symptômes de rectite.

M. Tixier pose le diagnostic ferme de grossesse extra-utérine à droite, interrompue et très probablement suppurée ; il y a, en effet, une température élevée (entre 38°,5 et 39°,5 depuis 8 jours) et le pouls dépasse 120.

La situation est grave : on décide de transporter immédiatement la malade à Lyon, à Ste-Marthe.

Opération le 9 novembre 1907. — M. Tixier, malgré les signes de suppuration, adopte la voie haute.

Incision de Pfannenstiël.

L'utérus, attiré à droite, est entièrement uni à la trompe, du volume d'une aubergine, qui apparaît distendue par du sang et des caillots. Mais sur cette trompe est fixé l'épiploon qui, épaissi et œdémateux, forme un couvercle protecteur. On le détache.

Derrière la trompe gravide apparaît alors une tumeur fluctuante, du volume d'une grosse orange, à parois jaunâtres, œdémateuses. C'est l'ovaire droit, siège d'un kyste

Enfin, en s'efforçant de détacher ce kyste, qui plonge profondément dans le Douglas, on s'aperçoit que sur sa face externe est intimement accolé l'appendice, turgescant, rouge, enflammé.

D'autre part l'inspection rapide du côté gauche montre, dans l'ovaire gauche, un kyste du volume d'une grosse noix, en plein tissu ovarique.

En présence de ces lésions complexes, on pratique une castration totale avec hystérectomie totale. Appendicectomie.

Drainage vaginal sous-péritonéal. Fermeture totale du ventre.

Suites opératoires. — Dès le soir de l'opération (9 novembre), la température est descendue à 37°,4, elle ne remontait à 38°,3 et 38°,4 que le 14 novembre, jour où on enlevait la mèche vaginale.

Ablation des fils de la paroi le 19 novembre. Suites très simples.

Examen de la pièce. — L'utérus est normal; son ligament large droit est infiltré, œdémateux.

A gauche, trompe saine, mais kyste de l'ovaire ayant déjà détruit la plus grande partie des tissus ovariens.

A droite, les lésions sont très intéressantes.

La trompe, du volume d'une petite aubergine, est fermée au niveau de son pavillon. Elle est à parois épaisses, très vasculaires. Dans son intérieur, on trouve des caillots organisés et un placenta typique : pas d'embryon découvert. Mais la grossesse ectopique ne semble pas avoir plus de six à sept semaines et à cette période, il est rare de trouver l'embryon. Il s'agissait d'une grossesse interrompue par un avortement intra-tubaire.

Le kyste de l'ovaire incisé laisse couler du pus très fétide, d'odeur fécaloïde. C'est du pus des suppurations péri-intestinales et, comme l'appendice lui-même enflammé, à parois très épaissies, à muqueuse tomenteuse est adhérent à la paroi externe du kyste, il semble évident que c'est de l'appendice que vient l'infection du kyste de l'ovaire.

OBSERVATION IX

(Dr BELHAUT, chirurgien de l'Hôpital International de Paris).

Appendicite et hémato-salpinx à gauche.

Le Dr Vergnes est appelé un soir, vers 9 h. 1/2, chez une de ses clientes, atteinte brusquement d'une douleur au point de Mac-Burney. Le matin, la malade avait fait à pied une longue promenade au bois de Vincennes. Elle a déjeuné et diné parfaitement. La journée n'a été marquée par aucun malaise. La douleur, à localisation parfaitement déterminée à droite, éclate instantanément au moment du coucher. En même temps survint un état nauséux et une dépression remarquable. Quand le Dr Vergnes examine la malade, à 10 heures du soir, il n'hésite pas à porter le diagnostic d'appendicite, tant la douleur est fixe. Pas de sensibilité à gauche, ni en dehors de la région de l'appendice. Glace sur le ventre, abstinence absolue de liquides et de solides, injection hypodermique d'un centigramme de morphine. Décubitus dorsal. La température vaginale est de 39°3.

Le lendemain, à la toute première heure, nouvel examen. Confirmation du diagnostic et appel du chirurgien.

A mon arrivée auprès de la patiente, mon confrère me fait le tableau le plus exact de la situation et, aux renseignements précédents, il ajoute le suivant :

Retard de 12 jours dans les règles, apparition d'un écoulement sanguin par la vulve depuis le milieu de la nuit. Augmentation notable des douleurs et aggravation de l'état général.

Le ventre est météorisé dans presque toute son étendue, avec maximum à droite, au point appendiculaire. Pouls misérable, incomptable, nausées constantes, état syncopal. Rétraction de la cuisse droite sur le bassin. La percussion, faite aussi délicatement que possible, donne la notion d'une so-

norité exagérée de tout l'abdomen ; de plus, elle donne lieu à une exacerbation considérable de la douleur.

L'opération d'urgence est décidée. La malade est endormie au chloroforme.

A l'incision classique de la paroi, un premier fait se produit : il existe une sorte d'œdème, d'infiltration entre le péritoine et l'aponévrose musculaire du plan profond. A l'ouverture du péritoine, l'intestin fait hernie ; selon les lois physiques, il nage au-dessus d'un liquide collecté dans le bassin et, en introduisant le doigt dans la boutonnière péritonéale, un sang d'un rouge vif s'écoule avec abondance. Je retire le doigt et, immédiatement, l'intestin, faisant office de bouchon, l'écoulement cesse. Deux doigts dirigés vers le cœcum me permettent de sentir facilement l'appendice et de l'extérioriser. Il est doublé de volume, rouge, enflammé, comme en érection, mais en aucun point il ne paraît menacé de sphacèle, ni revêtu de fausses membranes. Je le résèque entre une pince hémostatique et un fil de catgut placé près du cœcum. Deux fils passés en croix à son extrémité font une oblitération parfaite de la surface de section.

Je fais placer la malade sur le côté droit pour faciliter l'évacuation du sang épanché dans le péritoine et je vais à la recherche des annexes droites. Ovaire et trompe absolument normaux. Par l'ouverture classique de l'appendicectomie, je vais à la recherche des annexes gauches. Je ramène la trompe et l'ovaire, et je constate que la première est triplée de volume et qu'elle est rompue à 3 centimètres environ de la corne utérine. Une artériole donne lieu à un écoulement saccadé, cause de l'inondation péritonéale. Un catgut n° 2 est placé à un bon centimètre au-dessus de la rupture de la trompe, il enserre ensuite l'ovaire et, d'un coup de ciseaux, je supprime ces deux organes.

A l'aide de compresses de gaze aseptique, montées sur des pinces de 20 centimètres, j'éponge le sang répandu dans la cavité abdominale et le petit bassin et, quand j'ai obtenu un nettoyage complet, je place un grand drain de caoutchouc

d'un calibre de 12 m/m et je suture par étages le péritoine, les muscles obliques de l'abdomen et la peau.

Les suites furent des plus simples : arrêt de l'hémorragie, pas de suppuration, suppression du drainage au 10^e jour. Enlèvement des fils cutanés au 11^e jour. Repos au lit trois semaines et lever au bout de cette période.

On peut juger de l'avenir de la malade si l'opération avait été tant soit peu différée. Les colonies microbiennes de l'appendice n'auraient pas tardé à trouver dans le sang épanché, le bouillon de culture le plus apte à favoriser leur développement.

Donc, quand l'appendicite se complique de retard dans la menstruation avec développement de météorisme, il faut songer à la possibilité d'une rupture tubaire (grossesse tubaire probablement) ; la faiblesse du pouls coïncidant avec l'hypothermie sera un précieux élément de diagnostic. Alors, au lieu de conclure à l'inutilité d'une opération, au contraire, on trouvera dans ces données une indication favorable à l'intervention immédiate sans aucun retard. Sans cela, les lésions appendiculaires font courir le risque d'une généralisation de la péritonite.

D'un autre côté, la persistance de l'hémorragie peut vouer les malades à la mort par syncope ou par épuisement. Il y a donc une nouvelle espèce d'appendicite qui, par l'hémorragie annexielle concomitante, nécessite une action chirurgicale rapide.

OBSERVATION X

(SILHOL)

Appendicite présentant les symptômes de grossesse extra-utérine

Le 24 octobre on me présente une malade qui n'a plus été réglée depuis le mois de juillet et qui souffre de violentes douleurs abdominales.

Déjà, il y a trois semaines, elle a eu quelques douleurs au niveau des reins et du bas-ventre, elle a eu des nausées et des vomissements et a perdu un peu de sang clair. Plusieurs confrères l'ont examinée à ce moment, ils ont conclu à une grossesse de trois mois et demi et, craignant un avortement, ont fait appliquer des cataplasmes chauds et administrer des lavements laudanisés. Les douleurs se calment momentanément.

Depuis deux jours, les douleurs ont repris, très violentes, commençant par les reins, finissant au bas-ventre. La malade n'a plus perdu.

Les seins de la malades sont gonflés, avec aréole pigmentée ; il s'écoule un peu de colostrum, dit l'observation ; quelqu'un me signale que le fond de l'utérus est au voisinage de l'ombilic ; c'est une femme enceinte.

Les douleurs sont très vives ; état syncopal, pouls petit, sueurs froides ; température : 38°.

Au palper, je suis surpris de ne trouver nulle part le fond de l'utérus.

Le toucher est douloureux, l'utérus est plutôt petit, le fond n'est pas senti exactement à cause de la sensibilité extrême de la malade. Le cul-de-sac postérieur est douloureux, on sent des nodosités à orientation transversale parfaitement mobiles.

Le cas était embarrassant : signe de grossesse, utérus petit, cul-de-sac postérieur douloureux contenant de petits corps mobiles. Il y avait de fortes présomptions en faveur de la grossesse extra-utérine, il est rare même qu'on ait autant de raisons d'y croire.

Après avoir fait surveiller la malade par les externes du service pendant la nuit, je me décidai, le lendemain, à faire une laparotomie exploratrice. Mon impression était : grossesse extra-utérine en train d'avorter, étant donnés les symptômes de travail que la malade présentait nettement, ou bien un inconnu que je ne pouvais diagnostiquer ; j'admettais plutôt la possibilité d'une laparotomie blanche.

A l'ouverture du ventre : annexes et utérus parfaitement sains. utérus particulièrement petit, infantile ; aucune lésion au petit bassin, mais appendicite. L'appendice long plongeait dans le petit bassin et se mettait en rapport avec les annexes elles-mêmes prolabées dans le cul-de-sac postérieur (c'est tout ceci qui avait donné l'illusion de petites parties fœtales).

Cet appendice était vascularisé et il y avait, autour de lui, quelques adhérences molles ; j'en fis la résection.

Guérison sans drainage. A partir de l'opération, et bien que rien n'ait été fait aux annexes, la malade n'a plus présenté aucun trouble et les règles ont reparu pendant qu'elle était en convalescence à Salvator.

En résumé, cette femme a eu des phénomènes de congestion génitale, avec arrêt des règles pendant trois mois. A l'opération, elle n'avait rien autre que de l'inflammation subaiguë d'un appendice ectopié en rapport avec les annexes droites. Depuis l'ablation de l'appendice les douleurs ont cessé et la malade a eu ses règles.

Je ne sais pas jusqu'à quel point il serait avantageux de fouiller le mécanisme de cette mise en scène.

Il me paraît admissible que l'appendice enflammé au contact des annexes, ait pu provoquer ces phénomènes de grossesse. Comme il s'agissait vraisemblablement d'appendicite chronique, qui est si fréquente, j'ai cherché dans l'histoire

antérieure de la malade s'il y avait quelque chose. Il y a deux mois, elle avait déjà eu une crise plus légère avec douleur au-dessous de l'ombilic, irradiant dans les reins et dans tout le ventre, avec suspension des règles ; c'est le seul épisode antérieur.

OBSERVATION XI

(D^r SILHOL)

Collection suppurée de l'ovaire droit avec appendicite, présentant les symptômes d'une grossesse extra-utérine.

Mme Jeanne H..., 32 ans, m'est adressée, le 20 novembre, avec le diagnostic de grossesse extra-utérine.

L'histoire de la malade et les signes physiques qu'elle nous présentait, donnaient de la vraisemblance au diagnostic.

Cette femme, en effet, mariée depuis 6 ans ne présentait aucune histoire génitale. Une grossesse bien terminée à 27 ans ; un accouchement de 7 mois 1/2 à 28 ans — à 30 ans, troisième grossesse, accouchement normal. Rien chez cette femme jusqu'au 1^{er} novembre dernier. Elle avait été bien réglée comme d'habitude, le 17 septembre puis le 17 octobre.

1^{er} novembre : douleurs violentes et brusques dans tout le côté droit du ventre, qui augmentent le lendemain. La malade vomit ses aliments à plusieurs reprises. Elle va plusieurs fois à la selle en diarrhée. Elle garde le repos au lit pendant deux jours avec de la glace sur le ventre. Elle traîne ainsi jusqu'au 10 novembre ; ce jour-là elle a une métrorrhagie avec de petits caillots ; ceci dure plusieurs jours, puis s'arrête. Je l'examine le 23 novembre et, à ce moment, elle souffre légèrement du ventre ; son appétit est revenu. T. : 37°4. Elle se sent beaucoup mieux, mais entre à l'hôpital sur les conseils de son médecin qui l'a convaincue de la nécessité d'une opération. A l'examen, rien de notable dans la fosse iliaque droite ; la malade en souffre à la palpation basse comme pour une salpingite.

Au toucher, le doigt arrive sur un col petit, à orifice assez ouvert, de consistance normale ; l'utérus est transporté en masse à gauche et immobilisé. Les culs-de-sac sont peu marqués, le col peu saillant, le cul-de-sac droit est tout à fait effacé. A ce niveau, le toucher combiné au palper montre une masse volumineuse assez résistante, régulière, qui empiète un peu sur le cul-de-sac postérieur ; elle remonte jusqu'au niveau du fond de l'utérus. Cette masse arrondie est sensible, mais pas très douloureuse. Rien dans le cul-de-sac gauche, difficilement explorable.

En résumé, il s'agissait de lésions siégeant au niveau des annexes droites, ayant débuté brusquement, trois semaines auparavant, sans aucune raison, chez une femme sans aucun passé génital, lésions volumineuses, unilatérales autant que l'on pouvait s'en rendre compte, et ne s'accompagnant pas d'élévation notable de température : 37°4.

Tous ces éléments étaient peu en rapport avec un diagnostic de salpingite aiguë, et l'hypothèse d'une collection non inflammatoire était assez admissible. Hydrosalpinx ? Je n'ai pas une très grande expérience de cette affection, mais les cas dont j'ai gardé le souvenir étaient des histoires d'affection chronique.

Hématosalpinx ? C'était vraisemblable. Et, tout en me méfiant d'une collection salpingienne en vue de laquelle j'avais fait préparer le Potain, au moment où je commençais ma laparotomie, je continuais à admettre le diagnostic de mon collègue.

A l'ouverture du ventre, la face postérieure de l'utérus est très adhérente, surtout à droite. Une grosse masse arrondie est développée à droite de l'utérus et un peu sur sa face postérieure.

A plat ventre sur cette grosse masse sont couchés parallèlement deux cordons. Le postérieur, l'appendice très dilaté, vasculaire, conduit, à travers quelques adhérences intestinales, jusqu'au cœcum. L'autre cordon, plus mince, plus rubané, vasculaire, est la trompe qui semble peu malade.

1^{er} temps : Section de l'appendice au thermo.

2^e temps : Ablation de la trompe et de la poche.

L'examen de la pièce montre que la trompe est réunie à la poche par de petits amas jaunâtres, indices de lésions anciennes et qui sont en relation eux-mêmes avec les petits amas semblables qui séparaient l'appendice de la trompe.

En résumé : collection suppurée, développée au niveau de l'ovaire droit, en relation intime avec une trompe simplement vascularisée et avec un appendice malade, probablement, depuis quelque temps déjà.

CHAPITRE III

Symptômes et Diagnostic

Dans les observations que nous rapportons, nous avons pu voir que le diagnostic exact ou complet n'avait été porté qu'au cours de l'intervention. Cela tient à ce qu'il n'y a pas de symptômes vraiment pathognomoniques de la coexistence de ces deux affections. Pourtant, il importe de poser un diagnostic précoce, car, dans la suite, la conduite à tenir en dépend et si l'on croit pouvoir temporiser encore et continuer un traitement médical, c'est souvent aux dépens de la vie de sa malade que l'on retarde l'opération.

Nous allons essayer, en étudiant les différents tableaux cliniques qui peuvent s'offrir au chirurgien, de découvrir, non pas des signes absolument certains, mais, du moins, des présomptions en faveur des complications appendiculaires survenant au cours d'une grossesse extra-utérine.

Tout d'abord, il faut diagnostiquer la grossesse ectopique. Nous n'avons pas, dans ce travail, à reprendre tous les symptômes propres à cette affection.

En second lieu, il faut faire le diagnostic de la grossesse ectopique compliquée d'appendicite.

Deux cas peuvent se présenter :

1^o La grossesse n'est pas rompue.

2^o La grossesse est rompue.

I. — Dans le premier cas, il n'y a pas eu de signe d'inondation péritonéale ou d'avortement tubaire.

La malade présente simplement une réaction péritonéale plus ou moins intense à droite ; la température peut monter jusqu'à 39° ; l'état général est mauvais.

A. On peut croire à un kyste de l'ovaire tordu (1), les deux syndromes peuvent se superposer à peu près exactement. On trouve des deux côtés le facies péritonéal qui se rencontre dans toutes les maladies graves de l'abdomen.

Les signes fonctionnels, la douleur en particulier, par son siège plus ou moins précis au point de MacBurney, avec irradiations dans les lombes et jusque dans la cuisse, est peut-être le caractère le moins pathognomonique, et c'est malheureusement presque le seul qu'il nous soit donné de percevoir dans bien des cas, l'examen des autres signes étant impossible du fait même de cette douleur.

(1) Grossesse ectopique prise pour un kyste de l'ovaire (Wisseberg, Jacobs, Franz).

Les symptômes de compression viscérale sont identiques, puisque le siège occupé par les deux affections est sensiblement le même ; aussi le ténesme rectal, la constipation et, du côté de la vessie, la dysurie ou la rétention d'urine, ne permettront-ils pas de se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre.

Qu'il y ait grossesse ectopique ou kyste de l'ovaire le toucher vaginal permet ordinairement de constater que le corps et le col utérin n'occupent pas leur place normale ; le plus souvent, quand la tumeur est abdominale, le col peut être reporté très haut en arrière de la symphise ; l'utérus est en rétro ou latéroversion.

Il n'y a, pensons-nous, qu'un examen complet et approfondi de la malade qui pourra nous permettre de faire le diagnostic. Dans le cas de kyste de l'ovaire tordu, nous relevons, dans son histoire, des phénomènes génitaux qui ne peuvent passer inaperçus. Elle éprouvait de la pesanteur dans le petit bassin à droite, et elle avait même pu percevoir une tumeur à ce niveau, tumeur dont on a constaté, parfois, la mobilité dans les changements de position. Enfin elle a déjà pu présenter les mêmes symptômes antérieurement, la torsion du pédicule pouvant se reproduire à intervalles plus ou moins éloignés.

Or, dans le cas de grossesse extra-utérine, la femme nous dit qu'elle est enceinte, elle présente tous les phénomènes sympathiques propres à cet état, avec des différences légères qu'elle pourra

indiquer, si elle a eu une grossesse antérieure normale.

Différence possible dans les antécédents, différence encore dans les signes cliniques : Si l'on a affaire à un kyste de l'ovaire, le toucher vaginal, combiné au palper abdominal, permettent de reconnaître l'existence d'une tumeur qui, souvent ne correspond pas, par son volume, à l'âge qu'aurait une grossesse extra-utérine possible.

L'unitéralité de l'affection, l'histoire de la malade amènent toujours à soupçonner une grossesse ectopique. Qu'est-ce qui fera songer à une appendicite surajoutée ? La température serait peut-être plus élevée dans l'appendicite que dans le kyste compliqué de torsion ; d'autre part, on sait que le propre de la grossesse extra-utérine non compliquée est d'évoluer sans température. Certains auteurs, avec Coe (*Med., News* avril 1900) considèrent même la douleur comme un symptôme pathognomonique de la grossesse ectopique, quand elle se présente sous la forme d'une colique vive, nettement localisée d'un côté, avec faiblesse plus ou moins marquée, pouls accéléré et *sans élévation de température*.

Une température arrivant à 39°, jointe aux autres signes, indiquera donc une complication appendiculaire. Mais il ne faut pas se faire illusion et le plus souvent le diagnostic anatomique ne sera pas fait, mais le diagnostic opératoire devra imposer l'intervention.

On peut songer à quelles difficultés se heurte le diagnostic, lorsqu'on se trouve en présence d'une

malade, chez laquelle une grossesse extra-utérine coexiste avec un kyste de l'ovaire tordu. Nous en rapportons une observation que nous devons à l'obligeance de M. Tixier.

Grossesse extra-utérine rompue. — Kyste de l'ovaire tordu, les deux lésions siégeant à droite. — Laparotomie (Pfannenstiel). — Guérison.

Mme Char., 26 ans. — Excellente santé antérieure. Mère de deux enfants bien portants.

A vu ses règles manquer vers le 20 octobre. Elle se croit enceinte et en présente les symptômes sympathiques ordinaires.

Le 1^{er} novembre 1906, se trouvant à la campagne, dans sa famille, elle est subitement prise de pertes rouges assez abondantes. Elle monte dans sa chambre, lorsque, tout à coup, une douleur abdominale très vive la force à se jeter sur son lit. Angoisse, sueurs froides. Pouls petit. Dès le soir, la température est à 38,9.

Le docteur Chaix appelé, constate un météorisme considérable rendant toute exploration minutieuse impossible. Il ordonne le repos absolu au lit ; de la glace sur le ventre.

L'état de la malade est meilleur le lendemain ; la température est à 38,2 le matin ; 38,5 le soir. Moins de douleurs.

Le 3 novembre, le docteur Chaix constate une grosse tuméfaction à droite, dans la fosse iliaque et demande une consultation chirurgicale.

5 novembre. — Le docteur Tixier voit la malade avec le docteur Chaix. L'état de mal péritonéal est passé ; on peut palper plus facilement le ventre. On constate alors, à l'aide du toucher bimanuel, une grosse tuméfaction unilatérale droite, distendant le cul-de-sac droit, remontant dans la

fosse iliaque. Rien dans le Douglas, rien à gauche. L'utérus est dévié à gauche et est fixé; le col est mou; il y a des pertes noirâtres.

Il affirme le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Cependant, en raison du volume considérable de cette poche (tête de fœtus) bien circonscrite à droite sans empâtement du Douglas, il discute l'idée de kyste de l'ovaire tordu.

Une intervention chirurgicale est immédiatement décidée.

6 novembre. — La malade est amenée à Lyon en automobile; elle supporte très bien le voyage.

7 novembre. — Intervention. Incision de Pfannenstiel. On découvre, à droite, une grosse masse noirâtre, entourée de quelques caillots du volume de deux poings. C'est un kyste de l'ovaire droit tordu. Passant en sautoir sur ce kyste, est étalée la trompe, grosse comme une petite aubergine, trompe gravide avec une rupture siégeant sur le bord libre, à la partie moyenne. La trompe a suivi le kyste de l'ovaire dans sa torsion.

Ablation du kyste et salpingectomie unilatérale.

Fermeture du ventre sans drainage.

Suites opératoires parfaites. La malade quitte la maison de santé le 19 novembre, 12 jours après l'opération.

Depuis, santé excellente; la malade est actuellement à Saïgon.

B). D'autres fois les signes cliniques sont ceux de l'*occlusion intestinale*: il y a une réaction péritonéale intense, sans élévation de température, mais avec vomissements, ceux-ci d'abord alimentaires, puis biliaires, peuvent devenir fécaloïdes; il y a arrêt complet des matières et des gaz.

Le ventre se ballonne, la moindre pression, même le contact des draps, cause de vives souffrances. Il

est souvent très difficile de reconnaître la cause d'une occlusion intestinale et d'en préciser exactement le siège. Par l'interrogatoire de la malade, on apprendra que la douleur a débuté brusquement du côté droit de l'abdomen et que c'est secondairement, qu'elle s'est propagée à tout l'abdomen. A ce niveau, on trouvera, à la palpation, une sensibilité plus marquée, avec contraction musculaire de défense. Il ne faut donc pas s'arrêter au diagnostic d'occlusion intestinale, il faut en chercher la cause et l'on sait que, dans une occlusion intestinale, lorsque le début et le maximum des douleurs siègent à droite, il faut le plus souvent, chez les jeunes, penser à l'appendicite ; donc, ce diagnostic sera possible par un interrogatoire et un examen bien conduits.

On a cité des cas où l'on a pris une grossesse extra-utérine pour un fibrome de l'utérus (Chevallier et Piqué, Durrhsen).

Mais, dans le cas bien particulier qui nous intéresse, on ne pourra songer à ce diagnostic différentiel que si l'on a affaire à un fibrome petit, à pédicule suffisamment grand pour pouvoir se tordre et présenter alors les symptômes de réaction péritonéale identiques à ceux qui accompagnent la torsion d'un kyste de l'ovaire.

C. — Bien plus souvent, le diagnostic sera hésitant entre une grossesse extra-utérine, et une salpingite compliquée ou non d'appendicite. La salpingite est, en effet, une affection courante, que l'on est habitué à voir tous les jours et il est naturel que l'on y pense en premier lieu. Plus rarement, on fera l'erreur

inverse et l'observation de 'Silhol, que nous reproduisons, en est un exemple typique. Ce qui avait fait penser à une hématocele, c'est : 1^o l'absence de tout passé génital, l'absence de tout motif d'infection annexielle ; 2^o c'est la brusquerie du début ; 3^o c'est l'unilatéralité des lésions. Mais il est exceptionnel qu'une salpingite se présente avec ces symptômes, qui ne s'expliquent que par l'hypothèse d'une annexe d'origine appendiculaire. En règle générale, quand il y aura salpingite, on trouvera à l'examen, des lésions bilatérales, ou bien l'interrogatoire de la malade nous révélera, dans un passé plus ou moins lointain, une crise salpingienne du côté opposé. L'unilatéralité des lésions est favorable au diagnostic de grossesse extra-utérine.

II. — Dans une seconde catégorie, on se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine rompue, mais aux symptômes de rupture n'ont pas tardé à s'ajouter des phénomènes d'infection. C'est une femme qui s'est crue enceinte pendant deux ou trois mois. Puis, brusquement, elle a été prise de douleurs hypogastriques avec irradiations sacro-lombaires affectant la forme de crises aiguës et avec réaction péritonéale plus ou moins vive, ballonnement du ventre, nausées, vomissements, etc. Ces douleurs se sont accompagnées de pertes de sang rouge, puis plus ou moins foncé. Mais c'est l'hémorrhagie interne qui a été le fait capital. La malade a eu des faiblesses, des syncopes répétées, parfois du délire ; si on l'a examinée à ce moment là, on a trouvé un pouls filiforme, incomparable et un léger abaissement de la température au

début des accidents; le facies était grippé, la respiration gênée et superficielle. Les jours suivants, les symptômes se sont amendés, le pouls s'est relevé, la température est montée jusqu'à 38° ou 39°. Mais l'amélioration, au lieu de persister et d'évoluer vers la guérison, ne tarde pas à s'arrêter. La température, qui n'est jamais revenue à la normale, présente des oscillations assez grandes, avec maximum le soir, dans les environs de 39°. La malade a des frissons, une réaction péritonéale plus ou moins vive, de la diarrhée fétide. En un mot, elle présente tous les symptômes d'une suppuration interne; l'hématocèle, dont on a suivi la marche, a évolué vers la suppuration. Mais l'on risque de faire un diagnostic incomplet si l'on ne cherche pas une interprétation rationnelle de ces symptômes.

L'infection d'une hématocèle, disent les classiques, procède des voies génitales ou de l'intestin.

Or, dans la plupart des cas d'hématocèle consécutive à la rupture d'une trompe gravide, où l'on a pu faire l'examen de la muqueuse utérine, on a reconnu que celle-ci était saine. L'infection par voie génitale n'est donc rien moins qu'hypothétique. D'autre part, le voisinage de l'intestin et les rapports bien définis de l'appendice avec les annexes droites, sont autant de preuves en faveur d'une infection d'origine intestinale, d'autant plus que nous citons nombre de cas où des lésions d'appendicite coexistent avec des hémato-salpinx et des hématocèles.

Chaque fois que l'on trouvera une hématocèle purifiée du côté droit, il faudra donc songer à la possi-

bilité de l'existence d'une appendicite, qui aura été le point de départ de l'infection. C'est plutôt en ayant l'attention attirée de ce côté que d'après des signes, qui n'ont alors plus rien de pathognomonique, que l'on pourra faire ce diagnostic.

Quelles sont les affections aiguës, suppurées, auxquelles on pourrait songer devant un pareil syndrome clinique? Les *pyo-salpinx aigus*, ou chroniques d'origine tuberculeuse, se présentent parfois avec une allure un peu identique, quoique, d'ordinaire, plus torpide. Mais un seul signe suffit à en poser le diagnostic: c'est la bilatéralité des lésions.

Nous ne voyons guère qu'une seule affection qui puisse revêtir le masque d'une grossesse extra-utérine, au point qu'elle a pu induire en erreur des chirurgiens avertis: nous voulons parler de « cette grande simulatrice des maladies de l'abdomen, à savoir l'appendicite » (1).

Nous rapportons une observation du docteur Silhol, où une appendicite enflammée, plongeant dans le petit bassin au contact des annexes droites, avait produit une congestion génitale avec arrêt des règles pendant trois mois, qui avait pu en imposer pour une grossesse extra-utérine.

Les cas d'appendicite qui peuvent prêter à confusion, sont ceux qui s'accompagnent d'abcès péri-appendiculaire, quand il y a eu un début brusque par perforation, puis péritonite enkystée. Le diagnostic

(1) M. Tixier: Société des Sciences Médicales de Lyon. Fév. 1900.

d'appendicite aiguë, franche, évoluant seule, se fera en premier lieu d'après les antécédents : La femme n'a pas de passé génital, mais, par contre, elle présente depuis quelque temps des troubles digestifs; d'autre part, s'il y a grossesse ectopique, la tumeur aura augmenté peu à peu en remontant dans le petit bassin et on pourra la découvrir dès la première heure, puisqu'elle préexistait à la crise aiguë. Cette tumeur, s'il s'agit d'appendicite, est rarement appréciable, dès le premier jour et, des cas très rares exceptés, c'est à partir du deuxième ou troisième jour, quelquefois plus tard, qu'elle se forme dans la région de l'appendice.

En résumé, le diagnostic de lésions appendiculaires venant compliquer une grossesse extra-utérine, se fera par l'unilatéralité des lésions et par une température persistante.

En effet, la grossesse extra-utérine est apyrétique, quand il n'y a pas de complications. La rupture tubaire amène une faible élévation de température, qui est fonction, soit de la réaction péritonéale, soit de la résorption du sang. Cette fièvre est toute passagère et ne dure que quelques jours.

De son côté, l'appendicite est le fait d'une infection; l'organisme, contre toute infection, réagit avec plus ou moins d'intensité; mais cette réaction dure autant que la cause elle-même. Or, dans le cas présent, nous n'avons pas affaire à une crise aiguë d'appendicite franche, mais à une appendicite chronique avec, de temps à autre, quelques poussées; nous n'aurons donc pas des écarts extrêmes de tempéra-

ture, mais une courbe se maintenant entre 38° et 39°.

Toutes les fois qu'au cours d'une grossesse extra-utérine on constatera de la fièvre au moment des douleurs, d'autre part, toutes les fois qu'à la suite d'une rupture de la trompe, la température, au lieu de décliner au bout de quelques jours, se maintiendra vers 39°, on devra penser à une infection venant de l'appendice.

L'unilatéralité d'une tumeur évoluant de bas en haut avec des symptômes propres est un signe physique des plus précieux, mais aussi des plus difficiles à percevoir pendant la période aiguë. Le diagnostic serait, par cette constatation, presque à l'abri de l'erreur, s'il était possible d'examiner la malade et de ne se prononcer qu'après examen sous anesthésie, ou pendant un intervalle de crises.

Il nous reste à citer, pour être complet, un dernier mode de diagnostic préconisé par quelques chirurgiens dans des cas indécis et graves, depuis surtout l'abandon à peu près total de la ponction exploratrice : nous voulons parler de la parotomie exploratrice ; faite selon les règles de l'asepsie la plus rigoureuse, elle est, en cette matière, absolument indiquée et réalise tous les desiderata, puisque l'intervention est ici le seul traitement recommandé, comme nous allons le voir par la suite.

CHAPITRE IV

Traitement

Si la grossesse extra-utérine simple doit être opérée dès qu'elle est reconnue, à plus forte raison pareille conduite à tenir est indiquée lorsqu'on soupçonne la coexistence de complications appendiculaires.

De plus, le diagnostic commande l'intervention immédiate; retarder l'opération serait exposer sa malade aux dangers que nous avons signalés dans le premier chapitre de ce travail.

Nous allons examiner successivement les différents cas cliniques qui peuvent s'offrir au chirurgien et essayer de fixer, dans les limites du possible, quels seront les différents temps de l'opération dans chaque cas particulier.

1^o Une malade a une appendicite et en même temps il y a certitude de grossesse extra-utérine.

Tout en songeant que l'intervention est indispen-

sable, on pourrait avoir tendance à temporiser et, comme dans le cas d'une appendicite ordinaire, à attendre que l'affection soit refroidie pour agir. Mais le fait que l'appendicite coexiste avec une grossesse extra-utérine force la main ; c'est une grave imprudence de laisser refroidir une appendicite chez une femme dont la vie est, d'autre part, en danger par la grossesse ectopique ; car, en plus du danger ordinaire de la rupture qui menace toute grossesse extra-utérine, il y a la crainte de l'infection venant compliquer l'hématocèle ou l'inondation péritonéale.

Nous rapportons une observation de Sutter qui montre combien l'intervention précoce est utile à la malade en pareil cas. Il s'agit d'une femme chez laquelle il porte, dès l'arrivée, le diagnostic d'appendicite et d'hématocèle infectée. Pourtant il la met au lit avec de la glace sur le ventre et il lui fait une injection de sérum artificiel pour relever le pouls. « L'opération n'était pas indiquée, dit-il ; l'infection durerait sans doute depuis plusieurs jours au moins ; l'état général de la malade était tel qu'une intervention immédiate n'était pas nécessaire ». Après plusieurs jours où la température oscille entre 36°4 et 39°, la malade est apyrétique au bout d'une semaine. Elle semble aller mieux quand, le 9^e jour, un léger écart de régime déchaîne tous les symptômes d'une péritonite par perforation : température à 39°6, pouls petit, fuyant, abdomen ballonné, douloureux, dur, arrêt complet des matières et des gaz. Devant ce tableau dramatique, on se décide enfin à intervenir ; la malade eut la chance d'en réchapper.

Nous sommes d'avis que cette opération tardive, déterminée par l'apparition d'une péritonite, a été beaucoup plus dangereuse, certainement, qu'une intervention précoce pratiquée au moment de l'arrivée de la malade et malgré l'état de dépression qu'elle présentait.

Comment doit-on intervenir? Comme le pense M. Tixier, la laparotomie médiane s'impose alors. Tel est aussi l'avis de Barnsby et de Témoin qui ont choisi la voie abdominale médiane dans les observations que nous rapportons; elle seule permet de bien voir, de bien décortiquer l'hémato-salpinx; elle favorise l'exploration du pelvis du côté de l'utérus et des annexes du côté opposé; elle permet de terminer par l'hystérectomie abdominale, quand on trouve des indications de faire la castration bilatérale; elle donne un jour suffisant pour aller se rendre compte de l'état de l'appendice et le réséquer.

Est-il utile de drainer par la plaie abdominale? En aucun cas nous ne croyons qu'il soit indispensable de drainer par cette voie; bien plus il est des cas où il serait dangereux de le faire.

Lorsqu'une exploration poussée du côté de la région appendiculaire, après ablation du kyste foetal par la voie abdominale médiane, révèle l'existence d'un abcès péri-appendiculaire assez volumineux, limité par des adhérences péritonéales du côté du petit bassin, M. Tixier est d'avis de ne pas ouvrir cet abcès par la même incision, ce qui pourrait amener de l'infection des organes pelviens et de la pelvi-péritonite. Dans ce cas, il referme complètement l'incision

médiane et il va, par une seconde incision iliaque, à la recherche de l'appendice qu'il résèque et il draine, par cette voie, l'abcès péri-appendiculaire.

Si, au contraire, on trouve une appendicite à forme chronique sans formation d'abcès, on résèque l'organe par la laparotomie médiane ; mais là encore le drainage par la plaie abdominale n'est pas indiqué. En effet, il ne se fait pas au point déclive, de sorte qu'un tube, si gros soit-il, est insuffisant à assurer l'écoulement des liquides exsudés dans le fond du bassin, car ils ont à lutter contre la pesanteur. Il est indispensable de compléter ce drainage par l'aspiration, ce qui complique singulièrement les pansements. Le drainage à la Mikulicz par la gaze, a l'avantage, disent ses partisans d'être, en plus, hémostatique. Mais, lorsqu'elle est trop tassée, la gaze draine mal, elle fait trop souvent bouchon et retient derrière elle les liquides exsudés. En outre, la gaze contracte rapidement des adhérences avec les parties voisines et l'ablation des mèches est toujours pénible ; on a vu la rupture de ces adhérences déchirer l'intestin et déterminer une fistule stercorale ou provoquer une hémorragie notable.

Enfin, le drainage par la plaie abdominale a encore le grand inconvénient de retarder la réfection complète de la paroi et de favoriser ainsi, par la suite, l'éventration.

Le drainage vaginal, au contraire, permet de refermer complètement l'abdomen et de permettre ainsi la cicatrisation par première intention. Il présente encore les avantages suivants : il draine au

point déclive, les liquides exsudés s'écoulent par l'action de la pesanteur, et il est inutile de faire de l'aspiration. Enfin, il se combine parfaitement avec la péritonisation; que, par exemple, après l'ablation d'une trompe très adhérente, on se trouve en présence d'un cul-de-sac de Douglas suintant, avec de grands délabrements péritonéaux, rien de plus facile que de séquestrer cette cavité douteuse, en l'isolant du reste de la séreuse par la suture du péritoine vésical avec le péritoine colique, puis, au-dessous, de le drainer par le vagin.

Le seul reproche qu'on ait fait à cette méthode, est la mise en communication de l'excavation pelvienne et du vagin, cavité normalement septique; mais on a certainement exagéré ce danger: d'une part, le bassin que l'on draine n'est pas aseptique, d'autre part, on peut, jusqu'à un certain point, désinfecter le vagin et éviter cette ascension microbienne qui n'a jamais été bien démontrée. M. Tixier a toujours fermé complètement la plaie abdominale, en drainant par le vagin et ses malades ont très bien guéri.

« Est-il nécessaire, dans ce cas, dit M. Témoin, de drainer par la plaie abdominale? Je ne le crois pas: ayant eu à opérer onze grossesses extra-utérines dont huit avec inondation péritonéale, je n'ai jamais drainé que par le vagin et mes onze opérées ont guéri ».

20) On se trouve en présence d'une malade qui offre tous les symptômes d'une rupture tubaire et d'une inondation péritonéale.

Là encore il faut intervenir d'urgence et ne pas se

laisser arrêter par l'état de shock de la malade. On pourra, au préalable, relever son cœur par les moyens habituels, caféine, éther, injection de serum, pour lui permettre de supporter l'intervention. Il sera indiqué d'aller vite pour diminuer la durée de l'opération et de l'anesthésie. On fait alors une grande laparotomie médiane, avec incision ordinaire, qui fait gagner quatre à cinq minutes sur l'incision de Pfannenstiel. On peut faire l'ablation de l'appendice par cette laparotomie, car dans toutes les observations que nous avons relevées d'inondation péritonéale avec appendicite, nous ne trouvons pas d'abcès péri-appendiculaire. Il s'agit d'un appendice turgescant, enflammé, présentant des lésions de folliculite et plongeant au milieu des caillots sanguins. Après résection de l'appendice et toilette péritonéale, on referme la plaie abdominale, en se contentant de drainer par le vagin.

3^o) En troisième lieu, on a affaire à une hématocele enkystée, suppurée, dont l'infection paraît avoir l'appendice pour origine.

Alors qu'aujourd'hui même ces cas, d'après les chirurgiens, relèvent de la laparotomie, on comprend que, si l'abcès pelvien bombe dans un cul-de-sac, on puisse, comme drainage d'urgence, faire une colpotomie.

Ce n'est pas que nous soyons partisan de l'intervention par voie vaginale, préconisée surtout en Allemagne, et aussi en France par Bouilly, Routier, Picqué, Second, Pozzi, Ricord. Nous allons simplement au plus pressé, en évacuant une collection

purulente bombant dans un cul-de-sac vaginal, comme il est indiqué d'ouvrir le plus tôt possible tout abcès, quel qu'en soit le siège.

Mais nous faisons suivre rapidement cette colpotomie d'une laparotomie médiane qui, seule, permettra de réséquer la trompe malade et l'appendice enflammé.

Hörrmann signale, en effet, que sur 101 grossesses extra-utérines, il trouve, lors de l'intervention, dans 26 cas des myômes de l'utérus ou de la trompe; des kystes de l'ovaire, des hydro ou hémato-salpinx, des appendicites. On conçoit que la laparotomie permet seule l'ablation de ces tumeurs.

Dans le cas particulier qui nous intéresse la colpotomie préliminaire permettra de refermer la plaie abdominale et de drainer par le vagin.

Technique opératoire

Nous ne parlerons pas de la colpotomie; elle ne présente, dans ce cas, rien de particulier.

Nous ne nous occuperons donc que de la laparotomie. Quelle méthode adopterons-nous? A moins d'une collection appendiculaire bien limitée, où il est préférable, comme nous l'avons dit, d'intervenir par la voie iliaque, nous nous en tiendrons exclusivement à la laparotomie médiane. Au cours du traitement, nous en avons signalé les avantages, nous n'y reviendrons pas ici. Nous ne voulons pas

entrer dans les détails de l'opération, nous n'en signalerons que les temps principaux.

A quelle incision donnerons-nous la préférence? Le plus souvent nous ferons celle de Pfannenstiël; cette incision présente l'avantage d'offrir, par ses deux plans de suture perpendiculaires l'un à l'autre, une résistance plus grande à la pression intra-abdominale. Toute cause d'éventration est, par ce fait, écartée. D'autre part, cette incision donne un jour suffisant sur tout le petit bassin et sur la région appendiculaire, parce qu'on peut la prolonger, autant qu'il est nécessaire, sur les côtés de l'abdomen. Enfin, au point de vue du résultat esthétique qu'il ne faut jamais négliger, elle est de beaucoup supérieure à l'incision médiane ordinaire, car la cicatrice est voilée par les replis de la peau du ventre et, en partie, par les poils de la région du mont de Vénus.

Elle ne présente qu'un léger inconvénient; c'est qu'elle nécessite un peu plus de temps que l'incision ordinaire et, lorsque la vie de la malade dépend d'une question de minutes, lorsqu'il faut aller le plus vite possible, comme dans le cas d'une inondation péritonéale avec shock intense, c'est à l'incision ordinaire, qui fait gagner 5 à 6 minutes, que l'on doit donner la préférence.

MM. Pollosson et Tixier, qui ont une grande expérience personnelle de l'incision de Pfannenstiël, ont obtenu, grâce à elle, des résultats merveilleux.

Après l'ouverture de la paroi, lorsqu'on se doute qu'il existe une appendicite concomitante, il faut

bien limiter avec des compresses le champ opératoire abdominal. Elles empêcheront l'infection venant de l'intestin, de se propager aux organes pelviens, surtout, s'il existe un abcès péri-appendiculaire enkysté, que la rupture d'adhérences ou qu'un effort de toux ou de vomissement pourrait ouvrir dans le petit bassin. C'est là un des temps les plus importants de la laparotomie et il faut disposer ses compresses avec le plus grand soin. Les compresses de toile dites habituellement « champ » sont préférables aux compresses de gaze ; si l'on emploie ces dernières, elles doivent être ourlées. Il ne faut prendre que de grandes compresses qui garnissent mieux que les petites ; elles ont moins de chance de passer inaperçues et d'être oubliées dans le ventre.

Ceci fait, il faut aller au plus pressé, c'est-à-dire à la trompe qui saigne ; on l'enlève rapidement et l'on fait une hémostase soigneuse de toute la région, pour empêcher les hémorragies secondaires.

On fait ensuite une toilette rapide du péritoine ; on enlève les caillots sanguins et l'on tamponne d'une main légère tout le sang épanché.

On va alors à la recherche de l'appendice ; à moins d'un abcès péri-appendiculaire pour lequel il vaut mieux employer l'incision iliaque, on procède à la résection sous-séreuse de l'appendice.

Enfin l'on termine, dans un dernier temps par l'exploration des annexes du côté opposé.

Si on les trouve malades, si l'on constate la présence d'un petit kyste, comme le relate une de nos observations, il faut les supprimer ; on fait, dans ce

cas, une hystérectomie totale. Si les annexes du côté opposé sont saines, quelle conduite doit-on tenir ? La récurrence d'une grossesse ectopique dans les annexes opposées étant assez fréquente chez les femmes qui ont déjà eu une grossesse anormale, doit-on faire la castration bilatérale ? C'est une pratique qui a été proposée et adoptée par certains chirurgiens, Beck (de Philadelphie) et Karl Abel. Mais la récurrence n'est pas fatale et, si les annexes opposées sont saines, on ne peut supprimer sans inconvénient, à une femme jeune, des organes aussi utiles. Funck Brentano a, en effet, pu réunir 188 cas de grossesse normale évoluant après une grossesse ectopique.

Qu'on fasse l'hystérectomie totale ou la salpingectomie simple, on peut dans tous les cas refermer la plaie abdominale et drainer par le vagin. Ce drainage peut se faire à l'aide de drains en caoutchouc ou de gaze, ou de ces deux moyens associés comme le fait Routier. Le plus souvent on se trouve bien d'une simple mèche en gaze assez longue. Si l'opération est bien menée, on ne doit point voir de complications; on supprime le drainage au bout de 48 heures.

CONCLUSIONS

I. — On peut constater la coexistence d'une appendicite avec une grossesse extra-utérine.

II. — *Le plus souvent, ces deux affections ne sont pas indépendantes l'une de l'autre ; les rapports anatomiques, qui existent entre l'appendice et les annexes droites, sont suffisants à expliquer la pathogénie des lésions concomitantes dans ces deux organes.*

A. — Dans la majorité des cas, l'appendicite est une complication de la grossesse ectopique, qui peut être due :

a) A la congestion de l'appendice accompagnant la congestion de la trompe gravide.

b) A la péri-appendicite consécutive à la péritonite plastique, produite par l'irruption dans le péritoine du sang issu de la trompe rompue.

c) A la lithiasc intestinale favorisée par le ralentissement de la nutrition qui accompagne tout état gravide.

B. — Mais l'appendicite a une certaine influence sur la grossesse extra-utérine.

a) Une poussée d'appendicite peut s'accompagner de péri-annexite qui, en produisant une coudure de la trompe, favorise l'implantation anormale de l'ovule fécondé.

b) L'appendicite hâte l'avortement ou la rupture tubaire et les provoque par intoxication générale de l'organisme et par le voisinage d'un foyer infectieux.

c) L'appendicite provoque la suppuration du kyste fœtal ou de l'hématocèle.

III. — Le diagnostic se compose de deux parties :

A) Il faut d'abord diagnostiquer la grossesse ectopique.

B) Il faut, de plus, diagnostiquer la grossesse extra-utérine compliquée d'appendicite.

Ce diagnostic, souvent difficile, repose sur les bases suivantes :

a) Un interrogatoire approfondi de la malade ;

b) L'unilatéralité des lésions ;

c) Une fièvre continue.

IV. — Le traitement qui s'impose est le traitement chirurgical.

Il faut intervenir d'urgence dès que le diagnostic est posé.

La laparotomie médiane est la règle en cette circonstance. Elle seule permet une exploration totale du petit bassin et de la région appendiculaire et la résection de tous les organes malades.

On draine par la voie vaginale après fermeture complète de la plaie abdominale.

Un drainage latéral iliaque sera de rigueur, si on se trouve en présence d'un abcès péri-appendiculaire.

Le Président de la Thèse,

Aug. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen :

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 décembre 1908.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Etant donné le nombre considérable d'ouvrages et d'articles publiés sur l'appendicite d'une part et, d'autre part, sur la grossesse extra-utérine, nous ne donnerons ici que ceux qui intéressent immédiatement notre sujet et auxquels nous avons fait des emprunts.

AGUINET. — Thèse Paris, 1903.

M. AUVRAY. — Diagnostic de l'appendicite. Edition Baillière, 1904.

BARNESBY. — Congrès français de Chirurgie, 1902.

H.-L. BERNEX. — Thèse Bordeaux, 1904-1905.

BILHAUT. — *Annales de Chirurgie et Orthopédie*, 1906, XIX.

BINAUD. — Thèse Bordeaux, 1892.

BLACK. — *Annales of Gynecologie*, juin 1897.

BOUILLY. — La Gynécologie, février 1898. — Congrès Français de Chirurgie, 1898.

BURNIER. — Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. *Gazette des Hôpitaux*, août 1908.

CESTAN. — Thèse Paris, 1894.

CUSHING. — La voie vaginale et la voie abdominale dans les affections inflammatoires du bassin. *Med. News*, septembre 1897.

- COYNE et BOURSIER. — *Revue Mensuelle de Gynéc., Obst. et Pédiatrie de Bordeaux*, 1900. — *Semaine Gynécologique*, Paris, 1900.
- JOHN DEEVER. — Rapports de l'appendicite avec les affections des annexes et la grossesse. *Med. News*, oct. 1897.
- DIEULAFOY. — *Manuel de Pathologie Interne*, Paris, 1904.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchement.
- FORGUE. — Précis de Pathologie externe, 1906.
- HERRMANN. — Appendicite et grossesse extra-utérine. *Münch. gyn. Gesells.*, 25 oct. 1907.
- JARCA. — Thèse Paris, 1897-1898.
- LANNELONGUE. — *Revue de Chirurgie*, 1907. — Nouveauté de l'appendicite. Sa fréquence. Toxicité urinaire dans cette maladie. *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, juin 1907.
- LAPTHORN SMITH. — Fréquence comparée de l'appendicite compliquant la salpingite. Congrès de Montréal. In *Brit. Med. Journ.*, oct. 1897.
- LARGER. — Etiologie de la grossesse ectopique. *Revue de Chirurgie*, 1901.
- LEGUEU. — *Société de Chirurgie*, oct. 1902.
- NÉLATON. — *Traité de Chirurgie*, tome V.
- PAYEN. — Thèse Lyon, 1898-99.
- PINARD. — Etiologie de la grossesse ectopique. *Revue de Chirurgie*, 1901. — Rapports de l'appendicite et de la grossesse. *Revue de Chirurgie*, 1900.
- PLATON. — *Revue pratique d'obst. et de pédiatrie*, Paris 1906.
- R. PROUST. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme (Prosecteurs de Paris).
- QUINAUD. — Erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire. *Revue de Chirurgie*, 1904.
- RIEMOND-DESSAIGNES. — *Traité d'Obstétrique*.
- ROBB. — *Bullet. of. John Hopkins hosp.*, oct. 1892.
- SEGOND et PINARD. — *Bulletin Médical*, oct. 1898.
- SILHOL. — Appendicite présentant les symptômes de grossesse extra-utérine. *Marseille Médical*, 1905.

SUTTER. — *Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte*, 1906.

TÉMOIN. — *Congrès français de Chirurgie*, 1903.

TESTUT et JACOB. — *Traité d'Anatomie topographique*.

TIXIER. — *Société des Sciences méd. de Lyon*, 1900. — In
Thèse Azy, Lyon, 1900.

VIGNARD. — *Etiologie de la grossesse extra-utérine* *Revue
de Chirurgie*, 1901.

